

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK MAINZ

Direktor: Professor Dr. H. Kranz

Charakter- und Verhaltensabnormitäten
bei Kindern und Jugendlichen mit frühkindlichem Hirnschaden.

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N
z u r

Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der

Medizinischen Fakultät

der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Elena Roeder aus Mainz

Mainz

November 1959

1960

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK MAINZ

Direktor: Professor Dr. H. Kranz

Charakter- und Verhaltensabnormitäten
bei Kindern und Jugendlichen mit frühkindlichem Hirnschaden.

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

z u r

Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der

Medizinischen Fakultät

der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von
Elena Roeder aus Mainz

Mainz
November 1959



Referent: Professor Dr. med. H. Kranz

Dekan: Professor Dr. med. H. Leicher

Datum des Diploms 15. Juni 1960

Ü B E R S I C H T

Einführung	1
Gruppe I:	Die Dysphorischen, Antriebsarmen, Kontaktschwachen
	Kasuistik 9
	Besprechung 24
Gruppe II:	Die Umtriebigen, Rastlosen.
	Kasuistik 44
	Besprechung 49
Gruppe III:	Die Triebenthemnten, Triebunsicheren, Triebverirrten.
	Kasuistik 54
	Besprechung 79
Gruppe IV:	Die hysteriform Reagierenden.
	Kasuistik 95
	Besprechung 116
Abschließende Besprechung 130	
Anhang 137	
Literaturnachweis	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554416_0084

In seiner Arbeit "Über die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie" gibt GÖLLNITZ (1954) einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung des Begriffes des frühkindlichen Hirnschadens. So erfahren wir, daß dieser Begriff eine erhebliche Präzisierung durch die grundlegenden Untersuchungen von Ph. SCHWARTZ und YLPPÖ in den dreißiger Jahren gefunden hat, woraufhin viele Autoren auf die Folgen frühkindlicher Hirnschädigung hingewiesen haben. Es wurde zunächst der somatischen Retardierung und dem Entwicklungsrückstand der geschädigten Kinder Beachtung geschenkt, dann aber allmählich auch die verschiedenen Krampfformen, die Intelligenzdefekte und die Auffälligkeiten des Verhaltens auf den Hirnschaden bezogen.

Es lag den Klinikern nahe, zunächst die **F r ü h f o l g e n** der frühkindlichen Hirnschädigung als solche zu erkennen: so führen SCHARPE und MACLAIR Cyanose, Krämpfe, Nahrungsverweigerung als obligate Zeichen der Schädigung nach der Geburt an. Andere Autoren unterstreichen in diesem Sinne die Bewegungsarmut, den Opisthotonus, das Ausbleiben des ersten Schreies (HEIDLER), die zeitweilige Bewußtlosigkeit, die Saug-, Trink- und Schluckschwierigkeit (YLPPÖ).

Den Zusammenhang zwischen Geburtsblutung einerseits, und einer Reihe von Krankheitsbildern, wie Secousses, Salaamkrämpfen, Tics, cerebralen Krampfanfälle, Schwachsinn, Neuro- und Psychopathie andererseits, erkannten YLPPÖ, SCHWARTZ, DOLLINGER und eröffneten damit neue Aspekte in der Betrachtungsweise der Folgen des frühkindlichen Hirnschadens. Die Reflexe des Säuglingsalters werden einer kritischen Betrachtung unterzogen und die physiologischen von den pathologischen abgegrenzt (WIECHERS, DOLLINGER, YLPPÖ, BERBERICH, PEIPER, MORO). NEURATH schildert die Störung der affektiven Mimik bei hirngeschädigten Kindern.

Die erste Untersuchung über die Beziehung zwischen Geburtstrauma und Intelligenzdefekt wird von DOLLINGER vorgenommen, wobei er unter den Schwachsinnigen einen hohen Prozentsatz von Hirngeschädigten findet.

Andere pädiatrische Arbeiten befassen sich mit den **S p ä t f o l g e n** der frühkindlichen Hirnschädigung. VOGELI ersieht Beziehungen zwischen Geburtskomplikation und späterem Intelligenzquotienten. DRILLIEN beobachtet Schwerkörperlichkeit und körperliche Entwicklungsrückstände bei unreif Geborenen. BRANDER findet auffallend viele psychopathische Züge bei Frühgeburten und unterstreicht ihre erhöhte Schulmüdigkeit. CROTHERS, BRONSON und LORD teilen Fälle von psychischen Veränderungen bei hirngeschädigten Kindern mit. BESKOW findet im Verlauf der späteren Altersstufen von Frühgebornen viele nervöse Symptome. In die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Beobachtungen und Mitteilungen über die Manifestationsformen des frühkindlichen Hirnschadens bringt GÖLLNITZ mit seiner grundlegenden Arbeit Ordnung, faßt die Erscheinungsbilder in zwei große Symptomenkomplexe zusammen - einen somatischen und einen psychischen -, entwickelt, auf die motorische Skala von Kwint-Osseretzky sich stützend, eine sichere Testmethode zur Aufdeckung des frühkindlichen Hirnschadens, die er auch konsequent in 279 Fällen anwendet, und erhärtet schließlich diese Ergebnisse durch encephalographische Befunde. Einige Jahre zuvor schon beleuchtet SCHIFFER in seiner Arbeit über die "Formveränderungen des III. Ventrikels in ihrer konstitutionsbiologischen Bedeutung" das gleiche Problem, nur unter einem etwas anderen Gesichtswinkel. An Hand von 15 klinischen Fällen mit encephalographischen Untersuchungen findet er eine Korrelation zwischen der pathologischen Verformung des 3. Ventrikels (die allerdings meist nicht isoliert besteht), den somatischen einschließlich der motorischen Auffälligkeiten und den abnormen und teilweise pathologischen Persönlichkeitsstrukturen. Somit gelingt es ihm, mehrere Parallelen zu ziehen, wobei sowohl die erbliche Belastung als auch die eventuell vorhandenen frühkindlichen Hirnschäden berücksichtigt werden.

Wir wollen versuchen, in der vorliegenden Arbeit die abnormen Verhaltensweisen der frühkindlich Geschädigten im Zusammenhang mit den encephalographischen Befunden einer Betrachtung zu unterziehen, wobei der Akzent auf der Persönlichkeitsstruktur liegt. Dementsprechend ist unser Krankengut ein anderes als bei GÖLLNITZ und auch bei SCHIFFER.

Da wir in Anlehnung an Kurt SCHNEIDER glauben, daß der Schizophrenie und Zyklothymie ohnehin Krankheitsvorgänge zugrundeliegen, die die "Sinngesetzmäßigkeit und Sinnkontinuität der Lebensentwicklung zerreißen", schließen wir Fälle sowohl von Schizophrenie als auch von Zyklothymie aus unserem Betrachtungskreis gänzlich aus. Außerdem sind wir darauf bedacht, alle Formen von Epilepsie zu vermeiden, da ja sonst die gebotenen Charakterabwegigkeiten auf epileptische Wesensveränderungen oder auch auf epileptische Verhaltensweisen zurückgeführt werden könnten.

Zur Darstellung bringen wir hier Kinder und Jugendliche (untere Altersgrenze: 9 Jahre 9 Monate, obere: das 25. Lebensjahr) die wegen Erziehungsschwierig-

keiten und erschwerter Eingliederung in das Berufsleben und die Gemeinschaft zur klinischen Beobachtung eingewiesen wurden. Aus diesem Krankengut wählten wir solche Patienten aus, die bei der neurologischen Untersuchung im wesentlichen keine pathologischen Veränderungen boten, abgesehen von einigen Mikrobefunden, deren Encephalogramme aber Abwegigkeiten - wenngleich vielfach nur subtile - aufwiesen. Wir verzichteten absichtlich auf alle Fälle des hochgradigen Schwachsinn, weil ja auch dann die gegebenenfalls beobachteten Abnormitäten des Verhaltens aus der intellektuellen Minderwertigkeit abgeleitet werden könnten. Für unser Krankengut kommen nur Individuen, deren Intelligenz innerhalb der Durchschnittsnorm liegt, in Betracht. Zwar sind auch einige Minderbegabte, aber keine Deblilen, geschweige denn Imbezille, herangezogen worden.

Noch ein Wort zur Heredität: Unsere Kranken, wie später ersichtlich, sind in einem sehr hohen Grade erblich belastet. Ohne in jedem der Fälle die schwere Entscheidung treffen zu wollen, inwieweit die erbliche Belastung anzuschuldigen ist und wieviel auf den vorliegenden frühkindlichen Hirnschaden zurückzuführen ist, bringen wir jeweils exakt die Familienanamnese und möchten im übrigen an dieser Stelle, in Übereinstimmung mit OSTERAG, auf die Häufigkeit der exogenen Schädigung am disponierten Organ hinweisen. Die hohe Frequenz des Zusammentreffens von Exogen-Endogenem ist auch bei SCHIFFER und GÖLLNITZ augenfällig.

Wir haben auch den entgegengesetzten Versuch gemacht, einige konträr liegende Fälle zu sammeln: a) erhebliche Verhaltensschwierigkeiten bei unauffälligen Encephalogrammen; b) unauffälliges Verhalten bei pathologisch verändertem Encephalogramm bzw. frühkindlichem Hirnschaden. Bei letzterem haben wir uns erlaubt, einige Fälle von Epilepsie ohne Wesensveränderung heranzuziehen, da wir auf encephalographisch untersuchte Fälle aus dem klinischen Krankengut angewiesen waren.

Wir definieren den Begriff des frühkindlichen Hirnschadens im weitesten Sinne. Als Ursache lassen wir alle Noxen der pränatalen Periode mütterlicher- oder kindlicherseits, alle Schädlichkeiten unter der Geburt, und schließlich auch solche der Nachgeburtsperiode etwa bis zum 6. Lebensjahr gelten, die ungeachtet ihrer Wirkungsweise geeignet sind, lokale Ernährungsstörungen im Gehirn und damit einen Substanzverlust zu verursachen. Deshalb glauben wir uns berechtigt, allein auf Grund des encephalographischen Befundes, und ungeachtet der Anamnese, vom frühkindlichen Hirnschaden zu sprechen. Denn wenn auch eine Zangenentbindung oder Sectio caesarea für die Mütter eindrucksvoll war, so vergessen sie doch oft leichtere Infektionskrankheiten (etwa die Virusinfekte); auch wird eine wenig ausgeprägte Schwangerschaftstoxikose manchmal übersehen. Die Erkenntnis über die Unverträglichkeit des Rhesusfaktors ist erst seit 1940 in die Literatur eingeführt (LANDSTEINER) und manche Neugeborenenanämie wie Icterus gravis neonatorum wurde bis dahin verkannt. Die fetalen Meningitiden, die fast immer erhebliche Gefäßveränderungen und demzufolge frühkindliche Hirnschäden nach sich ziehen (SCHMINCKE, EICKE und MEYER), sind nicht allgemein bekannt. Eine latent verlaufende Toxoplasmose der Mutter wird in der Regel verkannt - allerdings verursacht sie beim Foeten außer der encephalographischen auch andere greifbare pathologische Veränderungen (wir meinen die röntgenologisch im Gehirn nachweisbaren Kalkschatten und chorioretinitischen peripheren Herde, die Pigmentflecken hinterlassen). Die relative seltene Listeriose sei hier nur am Rande erwähnt. Die verschiedenartigsten keim-schädigenden Noxen, die Röntgen-, Radiumstrahlen, chronische Giftwirkungen (Alkohol, chemische Gifte) sind in diesem Zusammenhang wenig berücksichtigt. Von den postnatalen Schädigungen möchten wir an dieser Stelle die auch in Ärztekreisen wenig bekannten meningitischen und encephalitischen Erscheinungen auf dem Boden der alimentären Schäden erwähnen. Das Auftreten von leichteren Encephalitiden im Rahmen von schweren Toxikosen und Dyspepsien ist viel häufiger, als generell angenommen. Die Ernährungsstörungen werden auskuriert und überstanden, die Schäden durch die Encephalitiden aber bleiben vielfach zurück. Auch sind die abakteriellen Meningitiden (physikalisch-mechanischen, toxisch-allergischen, virogenen) für die Umgebung des Kindes in vielen Fällen wenig eindrucksvoll, können aber ebenfalls eine Hirnschädigung hinterlassen.

Mit diesen kurzen Hinweisen auf die genetischen Eventualitäten eines frühkindlichen Hirnschadens möchten wir uns begnügen, ohne auf Vollständigkeit in dieser vielseitigen und schwierigen Frage Anspruch zu erheben.

Bezüglich der encephalographischen Befunde im vorliegenden Krankengut möchten wir einleitend anführen, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle um relativ geringfügige Verformungen handelt. Der Häufigkeit nach stehen einer der beiden oder beide Seitenventrikel an erster Stelle, ohne daß eine absichtliche Auslese getroffen worden wäre. In einer Anzahl von Fällen sind diese Veränderungen mit einer Veränderung des 3. Ventrikels kombiniert, und schließlich wird ein Fall von isolierter Erweiterung des 3. Ventrikels ge-

schildert. In einigen Fällen treten noch unerhebliche Erweiterungen der Basalzisterne hinzu. Erweiterungen des Aquaeduct und des 4. Ventrikels kommen in dem zu besprechenden Material nicht vor.

Ohne die gesamten topographisch-anatomischen Verhältnisse des Ventrikelsystems zu beschreiben, möchten wir doch einige anatomisch-physiologische Tatsachen in Erinnerung rufen, die mit unseren nachstehenden Ausführungen aufs engste verknüpft zu sein scheinen. Wir meinen damit die enge Lagebeziehung der Seitenventrikel zum Nucleus caudatus, der sich in seiner gesamten Ausdehnung an der Begrenzung der Seitenventrikel beteiligt. Denken wir an die anatomischen Beziehungen zwischen Nucleus caudatus und lentiformis, ventralwärts zusammenhängend, dorsal durch Streifen verbunden, so haben wir - im strio-pallidären System - das beherrschende Zentrum des extrapyramidal-motorischen Systems vor uns. Seine Impulse empfängt es von Thalamus und den vegetativen Zentren des Zwischenhirns und ist sowohl für Reize aus der Umwelt als auch aus der Innenwelt des Körpers erreichbar. Das Striatum ist auch das Zentrum für alle Reaktions- und Ausdrucksbewegungen, die ohne Einschaltung der Großhirnrinde ausgelöst werden - das Mienenspiel, die Gebärde. Wir erinnern auch an den gewissen Antagonismus zwischen dem striären und pallidären Anteil dieses Systems: gewinnt der striäre überhand, so zieht er ein Überwiegen des Tonus, ja eine Muskelstarre mit Bewegungsarmut nach sich; ist der pallidäre im Übergewicht, so tritt eine Hyperkinese mit Herabsetzung des Tonus auf.

Wir führen weiter den Thalamus an, der jederseits den größten Teil der Wandung des 3. Ventrikels bilden hilft, mit seiner dorsalen Fläche aber, von der dünnen Lamina affixa bedeckt, sich an der medialen Wandung der Pars parietalis (des Seitenventrikels) beteiligt, und nicht nur eine wichtige Umschaltstation für die afferenten sensiblen Bahnen darstellt, sondern auch als Umleitungsstelle alle motorischen Impulse der Großhirnrinde zu den Ursprungskernen des extrapyramidal-motorischen Systems weiterleitet. Eine besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang der Hypothalamus, der den unteren Teil der Wandung des 3. Ventrikels bildet und die meisten koordinativen Zentren für das vegetative Geschehen enthält. Nach HESS liegt die Mehrzahl der adäquaten Reizstellen für t r o p h o t r o p e Leistungen im vorderen Teil des Hypothalamus und z.T. im Septum pellucidum, die Mehrzahl für e r g o t r o p e Leistungen im hinteren Hypothalamus, sich teilweise bis in die Substantia grisea centralis um den Aquaeduct erstreckend. Die Gesamtheit der Reizstellen nimmt in ihrer Dichte von medial nach lateral ab. Wichtig erscheint noch die Tatsache, daß W.R. HESS jede der vegetativen Leistungen in ihrer voll-integrierten Form an mehreren Reizstellen auslösen konnte.

Ferner ist es HESS gelungen, durch subtile elektrische Reizversuche im Hypothalamus der Katze wichtige Zentren der Trieb- und Affektsteuerungen zu lokalisieren (Abb. 1), wobei von jeder der tiefer angeführten Reizstellen eine fertig-integrierte charakteristische durch vegetative Symptome begleitete Verhaltensweise ausgelöst werden konnte. Zum Beispiel verhält sich die Katze bei Reizung der Stellen mit "affektiver Abwehrreaktion" (markiert mit +) ganz so, als ob sie von einem Hund oder von feindlichen Artgenossen bedroht wäre.

Der folgenden Abbildung 1 nehmen wir HESS' eigene Erklärungen vorweg; "Man beachte die starke Anhäufung von Reizstellen mit Abwehrreaktion im Gebiet um den Nucleus perifornicalis. In caudo-dorsaler bzw. lateraler Fortsetzung dieser Gruppe, im Hypothalamus post. und im Gebiet des Nucleus reticularis hypothalami häufen sich Reizstellen mit Bewegungs- und Fluchttrieb. Weitere Stellen mit gleicher Wirkung lassen sich bis ins zentrale Höhlengrau des Mesencephalon und dessen unmittelbar angrenzende Schichten verfolgen. Die hypnogene Zone dehnt sich noch etwas lateralwärts aus. Das kleine punktierte Feld entspricht einem Gebiet des Höhlengraus dorsal vom Eingang des Aquaeduct, ganz median."

Die Entsprechung zwischen den Darstellungen von HESS und den klinischen Beobachtungen der postencephalitischen Zustände mit ihren Schlafstörungen, hypersekretorischen Symptomen und Entdifferenzierung der Triebstruktur lassen die Schlußfolgerung zu, daß beim Menschen die Zwischenhirnverhältnisse ähnlich sind.

Folgende Schlußfolgerungen aus dem Gesagten erscheinen uns wichtig:

1. Bei den angeführten Triebzentren (Reizauslösungsstellen) handelt es sich weniger um Punkte als um Zonen.
2. Diese liegen dicht nebeneinander.
3. Sie liegen in nächster Nachbarschaft sowohl zur somnogenen Zone und damit zum Zentrum der Bewußtseinssteuerung, als auch zu den oben geschilderten vegetativen Zentren.

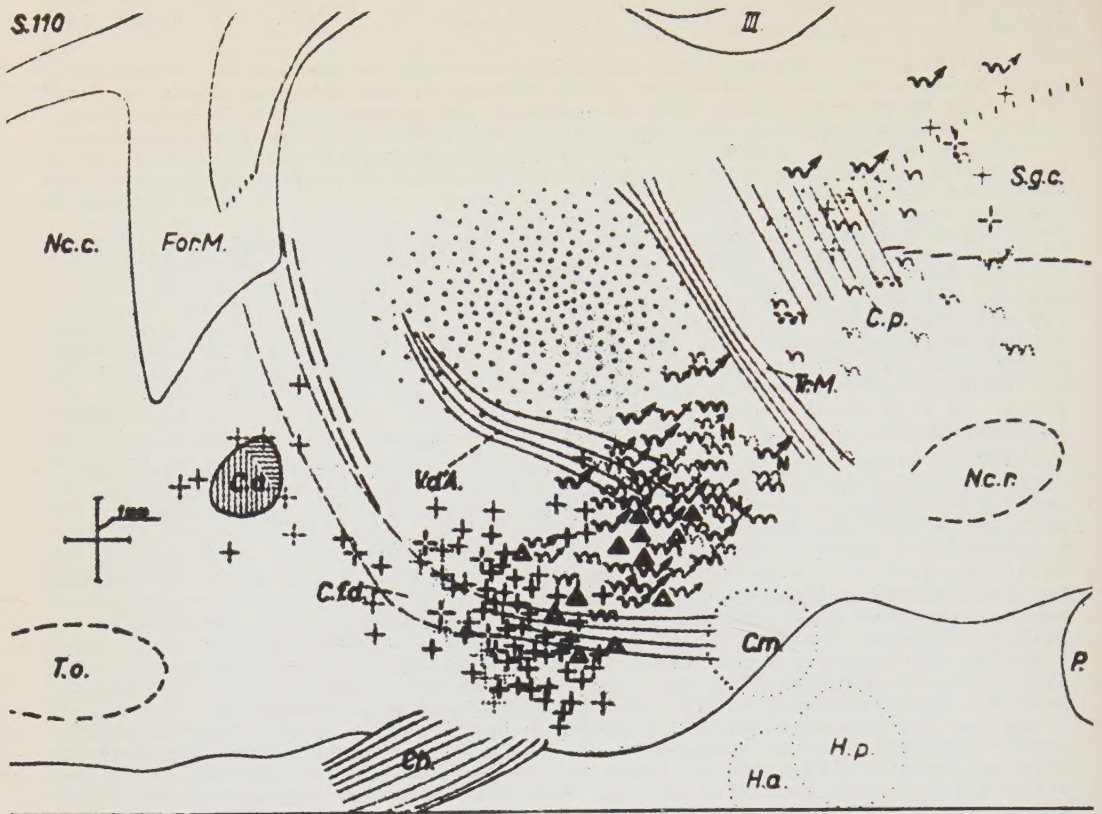


Abb. 2: Einige Triebzentren im Zwischenhirn der Katze im Sagittalschnitt in ihrer räumlichen Lage gegenseitig und zur Wachschlafsteuerung (letztere aus einer anderen Sagittalebene aufprojiziert).

Aus: W. R. Hess, Vegetative Funktionen und Zwischenhirn (Helv. Physiol. Act.) Basel, Schwabe, 1947.

Zeichenerklärungen: + Affektive Abwehrreaktion, $\square$ Fresstrieb, n erhöhte Reaktionsbereitschaft, m Bewegungstrieb, w Bewegungstrieb mit Übergang in Flucht. Punktiertes Feld: Somnogene Zone. Die Abkürzungen bedeuten die anatomischen Bezeichnungen: For.M. = Foramen Monroi, Nc.c. = Nucleus candatus etc.

K A S U I S T I K

Nachdem wir das Wesentliche über die Voraussetzungen zu unserer Betrachtungsweise gesagt haben, gehen wir zur Darstellung unseres Krankengutes über. Wir faßten unsere Fälle in Gruppen zusammen, wobei wir als Grundlage der Einteilung die charakterlichen Gemeinsamkeiten für wesentlicher hielten als ähnliche oder analog liegende Konfliktstoffe und situative Schwierigkeiten.

I. Die Dysphorischen, Antriebsarmen, Kontaktschwachen.

Fall 1: Mathias B., 16 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater des Jungen, Straßenwärter, sprach bei der Einschulung noch Kindersprache; er entwickelte sich spät, wurde nach der 4. Volksschulklasse entlassen, blieb ein einfacher Mensch, holte aber einen Teil seines Entwicklungsrückstandes nach. - Ein Bruder des Vaters war vorübergehend in einer Anstalt, war auch nach der Entlassung zu Hause auffällig: er tötete einen Hund, wirkte zuletzt verblödet und starb an einer Hirnhautentzündung im Alter von einigen dreißig Jahren. - Die Mutter hat ein enges Becken, wodurch sich die Geburten schwierig gestalten. Ein 4 Jahre älterer Bruder, durch Kaiserschnitt entbunden, besuchte die Höhere Schule, die er mit dem Einjährigen abschloß; er arbeitet jetzt als Kassierer. - Ein 3 Jahre älterer Bruder entwickelte sich nach einer Zangenentbindung nur mit größten Schwierigkeiten, litt an Krämpfen, konnte weder laufen noch sprechen und starb mit 9 Jahren (nach Schilderung der Mutter Idiotie nach Hirnschädigung).

Entwicklung: Mathias wurde durch Kaiserschnitt entbunden, entwickelte sich nochmal, lernte mit ca. 1 Jahr laufen und sprechen. Krämpfe sind nie beobachtet worden. Im Kleinkindesalter, wie auch während der Schulperiode, war er unauffällig.

Die Schwierigkeiten begannen erst nach der Schulentlassung. Auf Wunsch des Jungen fing er eine Lehre als Maurer an; bereits nach 2 Tagen gab er sie auf, indem er zu Hause äußerte "ihm täten die Knochen weh, das sei einfach zu viel für ihn". Seit dieser Zeit versuchte man es immer wieder mit neuen Lehrstellen, insgesamt etwa zehn, doch scheiterten alle Versuche daran, daß der Junge einfach nicht sprach. Erst durch das Versagen in der Lehre wurden die Eltern darauf aufmerksam, daß ihr Sohn außer in der eigenen Familie im Heimatort kaum mit jemanden redete. Sonst sei er "brav und gut".

Nach Aufgabe aller Lehrstellen tat er zu Hause kaum etwas, saß gleichgültig herum, desinteressiert an seiner Umgebung.

Psychisch: scheu, ängstlich, sehr wortkarg, als Antworten nur "ja" und "nein". Keinerlei Kontaktbereitschaft, sehr antriebsarm, fast stuporös. Mimik starr, gelegentlich ein starres Lächeln.

Motorik dürrtig, eckig.

Kurz vor der Entlassung wirkte er etwas aufgelockerter.

Somatisch: Habitus leptomorph.

Diffuse parenchymatöse Struma ohne Anzeichen einer Hyper- oder Hypofunktion (Grundumsatz + 10%). Keine Anzeichen einer vegetativen Dysregulation.

Encephalographie: Der rechte Seitenventrikel ist durchgehend plumper als der linke. Die Spitze des rechten Schmetterlingsflügels steht eine Spur höher. Die Taille ist rechts verstrichener. 3. Ventrikel nicht erweitert. Aquaeduct und 4. Ventrikel nicht sicher zu differenzieren. Basalzisternen im Bereich der Norm. Subarachnoidalfüllung seitengleich und unauffällig.

Fall 2: Eugen M., 20 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater und Mutter gesund, beide sehr leistungsfähig. Eine ältere Schwester und ein jüngerer Bruder sind unauffällig. Geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Schon als Kind stets still und häufig bedrückt gewesen, blieb gern für sich allein, bevorzugte beim Spielen kleinere Kinder. Hatte viel Durst. Er bereitete keine Erziehungsschwierigkeiten, war folgsam, fleißig, brav und kam in der Schule leidlich mit. Getadelt, ließ er den Kopf lange Zeit hängen. Nie war er richtig fröhlich oder ausgelassen. Seit der frühesten Kindheit hatte der Junge große Angst vor dem Vater, der sehr streng ist und leicht aufbraust (Schwerkriegsverletzter).

Metzgerlehre im elterlichen Betrieb ohne Zwischenfälle absolviert und die Gesellenprüfung gut bestanden. In der Arbeit ist er langsam, ungeschickt,

ohne Initiative, was den Vater ständig reizt.

Trotz seiner 20 Jahre versuchte der Junge noch nie, zum anderen Geschlecht in Beziehung zu treten, sei sie auch noch so harmlos.

Psychisch: schüchtern, ängstlich, bedrückter Stimmung, antriebsarm, initiativlos. Erheblich retardiert und urteilsschwach.

Bietet einen interessanten TAT: in jeder seiner Deutungen läßt er die elterliche Autorität walten. Ebenso im Leben macht er nicht den geringsten Versuch zur Verselbständigung. Neigung, seelisches Mißbehagen in körperliche Symptome umzusetzen: laut eigener Schilderung fängt er beim geringsten Streit gleich zu zittern an, bekommt feuchte Hände.

Intelligenzquotient niedrig, jedoch noch im Durchschnitt, keine ausgesprochene Debilität.

Motorik: ungewandt.

Somatisch: gemischt-dysplastischer Habitus.

Dysplastischer Schädel; linker Hoden verkümmert; Zeichen vegetativer Labilität: Hyperhidrosis palmarum, Dermographismus.

Encephalographie: Der rechte Seitenventrikel stellt sich etwas weiter dar als der linke, besonders in seinen vorderen Abschnitten. Spitzen der Schmetterlingsfigur leicht abgerundet ohne sichere Seitendifferenz. 3. Ventrikel nicht sicher erweitert, mit einem Durchmesser von 7 mm noch im Bereich der Norm. Aquaeduct, 4. Ventrikel und Basalzisternen unauffällig. Die Oberflächenzeichnung ist über der rechten Hemisphäre deutlicher ausgeprägt als über der linken. Grenzbefund.

Fall 3: Herbert K., 24 Jahre alt.

Familienanamnese: Onkel väterlicherseits war körperlich und geistig retardiert, gab nach einer Handverletzung jeden Erwerb auf, kam als ein noch relativ junger Mann in ein Altersheim, wo er an Pneumonie starb. - Eine Tante väterlicherseits litt nach Geburten an depressiven Verstimmungen, in der übrigen Zeit dagegen war sie krankhaft betriebsam. - Eine Tante 2. Grades väterlicherseits war geistig retardiert.

Eltern beide gesund, intelligent, gutes Milieu. - Drei jüngere Geschwister gesund, begabt und unauffällig.

Entwicklung: Normale Geburt, Brustkind. Im ersten Jahr konstitutionelles Ekzem und nur langsame Gewichtszunahme. Laufen und Sprechen zur rechten Zeit, auch früh sauber geworden. Als Kind stets klein und zierlich. Mit 6 Jahren noch so verspielt, daß die Einschulung um 1 Jahr verschoben wurde.

Acht Klassen Volksschule, leidlicher Schüler. Verhältnis zu den Geschwistern nicht sehr gut, da der Junge verschlossen, zugleich aber auch recht-haberisch, dickköpfig war und leicht aufbraute. War beim Arbeiten und auch beim Spiel langsam. Gutes Gedächtnis, aber keine Phantasie - laut Schilderung der Eltern. Mangel an manueller Geschicklichkeit und an ausgeprägten Interessen; konnte sich kaum allein beschäftigen.

Die erste Lehrstelle, als kaufmännischer Lehrling, mußte schon nach kurzer Zeit aufgegeben werden, weil der Junge zu langsam war. In der Folgezeit sind verschiedene Lehr- und Arbeitsstellen angetreten und wieder verlassen worden - manche, weil er sich als zu langsam und desinteressiert erwies, die meisten aber, weil er nach kurzem Arbeitsversuch einfach nicht mehr hinging, stattdessen während der Arbeitszeit herumstreunte oder gar für Tage von zu Hause weglief. Einen Grund für das Fernbleiben von der Arbeit sowie für das Weglaufen vermag er nicht anzugeben. Zeitweise verzichtete er auf jede Beschäftigung, blieb zu Hause, tat kaum etwas, las die Zeitung, hörte Radio. Zur Wahl der Lehr- und Arbeitsstellen verhielt er sich stets passiv und desinteressiert. An einer Lehrstelle harnte er schließlich bis zur Gesellenprüfung aus, bestand den theoretischen Teil, fiel aber im praktischen durch (Gärtnerlehre).

Psychisch: Still, zurückhaltend, kontaktschwach, antriebsarm, Stimmung vorwiegend gedrückt. - Die Fb-Antworten im Rorschach-Test lassen eine deutliche Affektlabilität und Unbeherrschtheit der Affekte erkennen.

Ohne Zielsetzung im Beruf, passive, desinteressierte Haltung in allen beruflichen Fragen. Retardiert. Immer noch eine ambivalente Einstellung Vorgesetzten gegenüber - ängstlich und auflehnd zugleich.

Intelligenz an der unteren Grenze der Norm.

Motorik: Recht ungeschickt, Haltung gehemmt, Mimik arm, wenig modulationsfähig.

Vor der Entlassung wird er etwas aufgelockerter und kontaktbereiter.

Somatisch: Leptomorph-dysplastischer Habitus.

Unvollkommener Verschluss des 1. Sacralwirbelbogens.

Encephalogramm: Linker Seitenventrikel verplumpt, dessen Spitze deutlich abgerundet. Gegend des linken Kammerdreiecks erweitert, linkes Schläfenhorn unauffällig. Der rechte Seitenventrikel ist nicht dargestellt. Etwas weite Basalzisternen. Übriges Encephalogramm unauffällig.

Fall 4: Klaus B., 18 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater gefallen, Mutter Sprechstundenhilfe, gesund. - Eine jüngere Schwester und eine wesentlich ältere Halbschwester sind beide gesund und unauffällig. Flüchtlingsfamilie, geordnete, wenn auch finanziell etwas bedrängte Verhältnisse.

Entwicklung: Zangengeburt, normale Entwicklung. Der Junge mußte infolge der Kriegsergebnisse mehrere Jahre in fremde Hände gegeben werden.

Volksschule, danach Gärtnerlehre; während der Lehre noch unauffällig, fiel aber bei der Gesellenprüfung durch. Ohne seinen Mißerfolg der Mutter mitzuteilen, lief er fort, um sich bei der Marine zu bewerben. Nach wenigen Tagen wurde er in erschöpftem Zustand nach Hause gebracht. Beim Versuch der Mutter, ihn zur Wiederholung der Prüfung an einer anderen Arbeitsstelle unterzubringen, lief er wieder fort, diesmal mit dem recht verschwommenen Ziel, fremde Länder zu sehen und in die Fremdenlegion einzutreten. Einige Tage später - als das Geld ausging - schrieb er der Mutter und kehrte ausgehungert nach Hause zurück. Es wird wieder eine Arbeitsstelle vermittelt, und das Fortlaufen wiederholt sich nochmals. Nach mehrtätigem Herumstreunen weiß er sich nicht mehr zu helfen und nimmt in einer Kurzschlußreaktion einen Stoß Schlaf-tabletten.

Psychisch: Grundstimmung gedrückt bis gleichgültig, Emotional anscheinend wenig schwingungsfähig, antriebsarm. Kontaktschwach, auch den Angehörigen gegenüber verschlossen. Äußeres Verhalten geordnet und fügsam. Retardiert, völlig unbekümmert hinsichtlich des Berufsziels; plan- und motivloses Handeln - möchte mal zur Marine, dann wieder zur Fremdenlegion, "ferne Länder sehen" -. Gewisse Auflehnung gegen die Mutter, fühle sich zu Hause beengt, dürfe kein Wort sagen. Urteils- und kritischschwach. Neigung zu Kurzschlußhandlungen. Empfindsam, weich. Intelligenz durchschnittlich.

Somatisch: Leptomorph-dysplastischer Habitus.

Vegetative Labilität: Hyperhidrosis palmarum, Tremor manuum, lebhaftes Kopffasomotorium. RR 150/90 mm Hg.

Encephalogramm: Am linken Seitenventrikel ist das weite Kammerdreieck auffällig. Die Spitze des linken Schmetterlingsflügels ist nicht abgerundet. Im rechten Seitenventrikel finden sich nur geringe Luftmengen, so daß seine Füllung nicht einwandfrei verwertbar ist. 3. Ventrikel mittelständig, leicht erweitert (größter Durchmesser 8 mm). Aquaeduct und 4. Ventrikel nicht mit Sicherheit zu differenzieren. - Fehlende Oberflächenluft. Luftsammlung entlang der Falx.

Fall 5: Heide St., 24 Jahre alt.

Familienanamnese: Entferntere Familienmitglieder leiden an Schilddrüsenunterfunktion. - Urgroßvater väterlicherseits war Diabetiker. -

In der weiteren Verwandtschaft einige "nervöse und schwierige Individuen", jedoch keine ausgesprochen Geisteskranken. - Vater gesund. - die Mutter hat in ihren Darlegungen einen schwulstigen und zugleich betont gewählten Stil (abnorm strukturierte Persönlichkeit?); sonst gesund. - Ein Zwillingssbruder, mühe-los gedeihend, auffallend vital, verstarb mit einem Jahr an Hirnhautentzündung. Ein älterer und zwei jüngere Brüder sind gesund und unauffällig.

Milieu: geordnet, kultiviert.

Entwicklung: Heide ist die einzige, sehr willkommene Tochter unter fünf Söhnen. Als Zwillingss-, Früh- und Zangengeburt war sie mit einem Geburtsgewicht von 1750 g im ersten Vierteljahr nur mühselig am Leben zu erhalten. Über den vitaleren Zwillingssbruder s. Familienanamnese. - Laufen und Sprechen zur rechten Zeit, war auch früh bettsauber. Als Kleinkind sehr häufig krank gewesen: bei jeder Erkältung bekam sie eine eitrige Mandelentzündung mit anschließender Mittelohrentzündung. Mit 11 Jahren Angina (bekam Di-Serum) mit nachfolgender Nierenentzündung, die eine viermonatige Krankenhausbehandlung erforderlich machte. Volksschule und einige Jahre Oberschule, wo sie gerade noch mitkam; sie wäre bestimmt sitzengelieben, hätte man sie nicht rechtzeitig von der Schule genommen. Danach Haushaltungsschule, später 1 Jahr Handelsschule, die sie ohne Zwischenfälle absolvierte. Schon als Kleinkind war sie laut Schilderung der Mutter oft trotzig, widerspenstig, der Schrecken der

Hausangestellten. Wilde Schrei- und Abwehrszenen beim Waschen, Ausfahren usw. waren keine Seltenheit.

In der Folgezeit wurde sie zunehmend verschlossener, stiller, vor allem in fremder Umgebung, und machte in der Schule nie disziplinarische Schwierigkeiten.

Der Mutter fiel auf, daß das Mädchen "schwache Nerven" hatte, leicht verstörbar war (sie hatte z.B. Angst, unterwegs von jemandem umgebracht zu werden).

Im Beruf - als Stenotypistin tätig - war sie langsam und verlor leicht den Kopf, wenn mehrere Anforderungen zugleich an sie gestellt wurden. Trotz ihrer Gewissenhaftigkeit, ihres Fleißes, der vielen freiwilligen Überstunden und des besten Willens durchzuhalten, verlor sie mehrere Stellen hintereinander, weil sie zu langsam war.

Obgleich durch die drei Brüder viele junge Menschen im Hause verkehrten, bekam sie keinen Kontakt zu Altersgenossen. Auch im Dienst fand sie keinen Anschluß an ihre Kollegen, obschon sie sich diesen sehr wünschte. Sie blieb für sich, zunehmend bedrückt, mehrmals im Monat tieftraurig - wie sie selbst angibt.

Trotz aller Bemühungen um das Mädchen seitens der überaus besorgten und liebevollen Angehörigen, verhielt sie sich im häuslichen Milieu widersetzlich, mißtrauisch, schloß alles ab, beneidete und haßte ihre Brüder. Vor allem steht sie auch jetzt noch haßerfüllt ihrer Mutter gegenüber, der sie wiederholt drohte, sie zu erwürgen oder mit einem Beil umzubringen.

Wegen eines Stückes Kuchen, das ihr die Eltern entziehen mußten, da Heide Diabetikerin ist, schloß sie sich in ihr Zimmer ein und schrie eine Viertelstunde lang.

Psychisch: Still, dysphorisch, sehr verschlossen, zeitweise autistisch, ordnet sie sich auf der Station ohne einen einzigen Zwischenfall ein. In die Klinik gegen ihren eigenen Willen eingewiesen, unternimmt sie keinen Fluchtversuch, obschon sie reichlich Gelegenheit dazu hätte. Sie spricht nicht gern über ihre Schwierigkeiten, ist schweigsam und nimmt sich ihre Isolierung von den Altersgenossen sehr zu Herzen. Für ihre traurigen Verstimmungen kann sie keinen Grund angeben. Sie macht sich auf der Station nützlich und pflegt die Hilfsbedürftigen.

Die Ablösung von den Eltern vollzieht sich verspätet und dramatisch: durch massives Haßgefühl und ausgeprägte Aggressionstendenzen.

Kritikfähigkeit ist vorhanden, und gerade diese ermöglicht das Entstehen der Unzulänglichkeitsgefühle.

Intelligenz durchaus ausreichend.

Motorik ungeschickt, gespannte Haltung, Bewegungen langsam.

Somatisch: Asthenischer Habitus, reduzierter Allgemeinzustand.

Gesichtsasymmetrie bei seitengleicher willkürlicher Innervation.

Angedeutete Syndaktylie zwischen 2. und 3. Zehe beiderseits.

Dysplastischer Schädel mit hoher Stirn. Röntgenologisch ist die vordere Schädelgrube etwas steil, Felsenbeine fallen eine Spur nach innen ab. - Diabetes, der zu einer vorübergehenden Linsentrübung führte.

Neurologisch: Leichte Steigerung der Armeigenreflexe links und des PSR links; Trömer beiderseits positiv.

Encephalogramm: Die Seitenventrikel sind mit leichter Betonung des linken verplumpt. Die Spitzen der Schmetterlingsfigur sind abgerundet, vor allem links. Im ganzen geringe Oberflächenzeichnung. Einige Luftschlingen rechts parietal. Basalzisternen unauffällig.

Fall 6: Walter E., 21 Jahre alt.

Familienanamnese: Die Eltern, einfache, biedere Leute, sind gesund. - Zwei Brüder ebenfalls gesund und unauffällig. In der Sippe auch sonst keine Geisteskrankheiten bekannt. Geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Geburt normal. Erste Entwicklung unauffällig. Sprechen und Laufen rechtzeitig. Nie ganz sauber geworden, auch heute noch gelegentlich Einnässen (einmal alle 3 - 4 Wochen).

Der Vater entsinnt sich, daß Walter schon als Kind schwierig und eigensinnig war. Mit 12, vielleicht auch mit 14 Jahren unternahm er völlig motivlos einen Selbstmordversuch durch Erhängen. Volksschule und danach Lehre als Glaser mit abschließender Gesellenprüfung wurden reibungslos absolviert. Danach arbeitete Walter in vielen Betrieben, teils im eigenen Beruf, teils anderweitig; überall als tüchtiger, fleißiger Arbeiter geschätzt, ständig auf möglichst hohen Verdienst bedacht, verbesserte er sich dauernd durch Stellenwechsel und schreckte vor keinerlei harten Arbeitsanforderungen zurück.

Mit 19 Jahren wurde er zunehmend mißmutig, unlust erfüllt und ergab sich mehr und mehr dem Trunk. Schon nach geringen Alkoholmengen wurde er streitsüchtig. Er hielt seine Zechkumpane frei und machte viele Schulden, für welche die Eltern aufkommen mußten. Mahnungen gegenüber erst gleichgültig, wurde er später widerspenstig, ängstlicher, mied Gesellschaften und entwickelte sich zum Einzelgänger. Haltlos und ständig durch Schulden bedrängt, ließ er sich zum ersten Mal durch einen seiner Meister zu homosexuellen Handlungen verleiten. In harmlos-naiver Weise erzählte er einem Arbeitskollegen davon, worauf ein Strafverfahren eingeleitet wurde. Seither hat er sich gegen Entgelt mehrfach homosexuell betätigt. Gegen Bezahlung nächtigte er öfter bei älteren Frauen, und der Vater äußerte, daß sein Sohn gegen Bezahlung allmählich zu allem zu verleiten sei.

In der letzten Zeit verließ er häufig in der Früh das Haus, um ins Wirtshaus einzukehren, und streunte nächtelang herum. Es schweben mehrere Strafverfahren gegen ihn: Ein Notzuchtverfahren, ein Vaterschaftsprozeß, ein Verfahren wegen Unterschlagung einer Uhr. Insgesamt sind es fünf Strafverfahren, abgesehen von einigen weiteren Polizeistrafen.

Psychisch: Mißmutig, verschlossen, antriebsarm, initiativlos, kontaktschwach, beinahe autistisch. Äußert selbst, er habe zu allem eine unüberwindliche Unlust, außer zum Trinken. Während des Klinikaufenthaltes zeigt er häufig Aggressionstendenzen gegen die Pfleger und Neigung zu Primitivreaktionen, die aus einem Angstgefühl wegen der angestregten Strafverfahren sich ableiten lassen. Es besteht eine Haltlosigkeit, Kritik- und Urteilsschwäche.

Intelligenz: an der unteren Grenze der intellektuellen Durchschnittsform, dennoch in der Schule nie repetiert und konnte die Lehre gut abschließen.

Motorik: grob, fahrig, schlappe Haltung.

Somatisch: Hochgewachsen, leptomorph-dysplastischer Habitus. Gesichtsasymmetrie. Dysplastischer Schädel mit flacher Basisknickung und auffallend kurzer mittlerer Schädelgrube. Sella mittelweit, tief. Das Dorsum überragt die stark auffallenden vorderen Klinoidfortsätze.

Zeichen einer neuro-vasculären Dystonie: konstanter Lidtremor, grobschlägiger Fingertremor, orthostatische Kollapsneigung. Ophthalmologisch: Zwei alte, auf Toxoplasmose verdächtige Pigmentherde der Aderhaut.

Serofarbstest nach Sabin-Feldman 1:256 +; KBR*) 1:5 +++

Encephalogramm: Die Seitenventrikel, aber auch der 3. Ventrikel, sind für das Alter des Patienten etwas plump. Keine umschriebenen Schädigungen. 3. Ventrikel birnenförmig mit einem Durchmesser von 7 mm an der oberen Grenze der Norm. Aquaeduct und 4. Ventrikel ungenügend dargestellt. Auffallend breites Septum pellucidum. Sonst keine Auffälligkeiten.

*) KBR = Komplementbindungsreaktion

Fall 7: Georg A., 22 Jahre alt.

Familienanamnese: Beide Eltern gesund, Mutter wirkt recht primitiv. - Zwei etwas jüngere Geschwister gesund und unauffällig.

Entwicklung: Normale Geburt. Laufen und Sprechen rechtzeitig gelernt.

Besuch der Volksschule, in der 5. Klasse sitzen geblieben. Keine Lehre, sondern Beschäftigung als Hilfsarbeiter bei mehreren Firmen.

Seit dem 18. Lebensjahr begannen dysphorische Vestimmungen häufig aufzutreten. Georg versuchte, diese durch Alkohol anzugehen. Seiner Umgebung fiel bald auf, daß er im Alkoholrausch erregt wurde und sich gegen seine Eltern stellte: bei vollem Bewußtsein wälzte er sich auf dem Boden, trat mit den Füßen, schlug mit den Armen um sich und schrie gelegentlich. Außerhalb dieser Trinktouren war er eher ängstlich, bedrückt, scheu. Die Trinkexzesse, durch eine tiefe, unerklärliche Verstimmung ausgelöst, waren meist doch durch seine Kameraden, die er freihielt, sehr unterstützt und ausgedehnt.

Die Aggression gegen seine Umgebung verlor sich im Laufe der Zeit, stattdessen wurden im Rausch fast regelmäßig Selbstmordversuche unternommen, sodaß Georg allmählich der Polizei und auch verschiedenen poliklinischen Diensten gut bekannt wurde. Augenzeugen berichteten, daß der Junge bei solchen Anlässen sich in den Rhein stürzen will und beim Versuch, ihn daran zu hindern, tätlich wird. Meist jammert einformig: "Ich bringe mich um" oder "ich will nicht länger leben".

Durch andere poliklinische Dienste, wohin Georg im akuten Rausch öfter gebracht wurde, ließ sich wiederholt beobachten, daß er fast jedes Mal über unobjektivierbare Körperbeschwerden klagte. In unserer Klinik fiel auf, daß er bei ähnlichem Anlaß den Ellbogen steif hielt und Schmerzen im Arm angab.

Auf energisches Zurufen wurde die pathologische Haltung aufgegeben.

Während der klinischen Beobachtung war er traurig verstimmt, weinerlich, ängstlich, kontaktschwach und unfähig, sich irgendwie zu beschäftigen.

Psychisch: Neigung zu dysphorischen Verstimmungen, die motivlos, fast periodisch, frei aufsteigen. Aber auch in der Zwischenzeit stets bedrückt, still, ängstlich, kontaktschwach, antriebsarm und initiativlos. Deutlich primitiv-strukturiert, haltlos, leicht verleibar. Am anderen Geschlecht desinteressiert, zeigte er keinerlei Tendenzen zur Verselbständigung; charakteristisch ist die Äußerung seiner Mutter gegenüber: "Solange Du lebst, brauche ich kein Mädchen". Im Rausch Neigung zu hysteriformen Mechanismen: multiple, nicht objektivierbare Körperbeschwerden, Bewegungsturm.

Intelligenz am untersten Rand der Norm, fast Schwachsinn.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Asymmetrie des Thorax, linker oberer Anteil der Trapezius geringer entwickelt. Hohlfüße.

Schädel niedrig, nach hinten ausladend; linkes Felsenbein steht höher als das rechte; vielleicht steht links auch die Orbita etwas höher als rechts; linker Keilbeinflügel steigt etwas steiler an als rechts. Pneumatisation symmetrisch.

Encephalogramm: Für das Alter sind die Seitenventrikel auffallend plump. Der linke Seitenventrikel wirkt im ap-Bild breiter, auch steht die Spitze der Schmetterlingsfigur höher. Der Sulcus corporis callosi ist ungewöhnlich deutlich dargestellt. Subtentorielle Luftansammlung. Der übrige encephalographische Befund ist unauffällig.

Fall 8: Hans Günther R., 17 Jahre alt.

Familienanamnese: Ein Großvater war etwas "nervös". Geistes- und Nervenkrankheiten sind in der Familie nicht bekannt. - Beide Eltern leben und sind gesund. - Zwei um einige Jahre ältere Geschwister gesund und unauffällig. Geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Die Mutter war während der Schwangerschaft nierenkrank. Die Geburt verlief ungewöhnlich lange und schwer. Geburtsgewicht 5.000 g.

Laufen und Sprechen zur üblichen Zeit, dagegen hat Hans G. ungewöhnlich lange eingenäst. Mit 6 - 7 Jahren fuhr er öfter nachts schreckhaft aus dem Schläfe und begann zu schreien. Etwa um die gleiche Zeit traten erstmalig Krämpfe auf, bei denen er für einige Minuten bewußtlos wurde und dann mit Armen und Beinen um sich schlug. Auch andere organische Kriterien wie Einnässen, Cyanose, Schaum vor dem Mund sind damals beobachtet worden. Tagsüber traten nicht selten Absenzen auf.

Als der Junge 13 Jahre alt wurde, sistierte das ganze Krampfgeschehen ohne besondere Behandlung und trat seit dieser Zeit nie wieder in Erscheinung (Pyknolepsie).

Er besuchte die Volksschule, wo er keine disziplinarischen Schwierigkeiten machte und ein mittelmäßiger Schüler war. Nach der Entlassung begann er eine Schreinerlehre, hielt jedoch an dieser Arbeitsstelle nur 4 Monate aus und hörte auf. Den nächsten Versuch, einen Beruf zu erlernen, dieses Mal als Schlosser, gab er schon nach 3 Monaten auf. Eine dritte und letzte Bemühung in Richtung Berufsausbildung scheiterte bereits nach sechs Tagen.

Hans Günther blieb seitdem einfach zu Hause und begann, in zunehmendem Maße zu trinken, meist unter Anleitung seiner älteren und im Trinken erfahreneren Kameraden. Für seine Zechtouren forderte er von seinen Angehörigen Geld, wurde dabei auffallend erregt, jähzornig und schlug auf seine Umgebung ein, meist dann schon unter Einwirkung von Alkohol. Er nahm übermäßige Mengen Bier zu sich - 30 - 35 Glas - und war danach schwer betrunken. Die Eltern geben an, daß der Junge schon immer auffallend große Flüssigkeitsmengen zu sich nahm. Eines Tages bekam er unter Alkoholeinwirkung einen schweren Erregungszustand, im Verlauf dessen er seinen Vater schlug und trotz aller Bemühungen nicht zu bändigen war. Die Polizei mußte in Anspruch genommen werden, die ihn in eine Nervenanstalt brachte. Dort verhielt sich Hans Günther völlig geordnet und wurde schon nach recht kurzer Zeit entlassen. Er wurde aber schnell rückfällig, trank im Übermaß, forderte Geld und bedrohte seine Umgebung; oder er legte sich für Tage ins Bett, rauchte excessiv und interessierte sich außer für Alkohol nur noch für Fußball.

Mädchen gegenüber war Hans Günther stets desinteressiert.

Psychisch: Emotional recht stumpf, stimmungsmäßig dysphorisch, antriebsarm, initiativlos, affektiv unbeherrscht, zu Jähzornsausbrüchen und Erregungszuständen neigend, verhielt er sich im Milieu der Klinik gänzlich geordnet, unauffällig. In nüchternem Zustand fügsam und gut zu lenken, ist er

zugleich leicht verleitbar und haltlos. Noch keinerlei Interesse für das andere Geschlecht, auch nicht in der harmlosesten Form.
Intelligenz an der unteren Grenze der Norm.

Somatisch: Leptomorph-athletischer Habitus.

Kopf wirkt somatoskopisch dysplastisch, weit auseinanderstehende Orbitae (latenter Hypertelorismus).

Neurologisch: Facialisschwäche des rechten Mundastes, leichte Abschwächung der BDR links. .

Zeichen vegetativer Labilität: Hyperhidrosis und feinschlägiger Tremor.

Das EEG bot in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben ein regelmäßiges Hirnstrombild. Kein Anhalt für Residualepilepsie.

Encephalogramm: Mittelständiges, graziles Ventrikelsystem. Linker Seitenventrikel in allen Abschnitten etwas plumper als der rechte. Spitze der Schmetterlingsfigur steht links höher, ist aber nicht verplumpt, eher etwas ausgezogen. Ausgedehnte subtentorielle Luftansammlungen. Der übrige encephalographische Befund einschließlich des 3. Ventrikels ist unauffällig. - Grenzbefund.

Fall 9: Karl-Heinz H., 9 3/4 Jahre alt.

Familienanamnese: Keine Geisteskrankheiten bekannt. Vater gesund, Mutter bei der Geburt des vierten Kindes gestorben. - Ein 17-jähriger Bruder und eine 7-jährige Schwester gesund und unauffällig. - Der Vater hat zum zweiten Mal geheiratet, die Verhältnisse scheinen geordnet zu sein.

Entwicklung: Hinsichtlich der Frühentwicklung kann der Vater nur unvollständige Angaben machen. Als Kind Masern und Angina. - Seit einiger Zeit fällt den Eltern auf, daß Karl-Heinz die Schulaufgaben vernachlässigt, zum Lernen dauern angehalten werden muß, daß er zunehmend still, ruhig und verschlossen wird. Sogar beim Spielen vermissen sie bei ihm die frühere Zuwendung. Am Schulgeschehen völlig desinteressiert, vergißt er bereits unterwegs, was aufgegeben wurde und läßt sich durch die Kameraden leicht verträsten, es seien keine Aufgaben zu machen. In der 3. Klasse konnte er nicht versetzt werden.

Psychisch: Meist gedrückter Stimmung, verträgt sich aber mit den Kameraden gut. Ohne in einen engeren Kontakt mit diesen zu kommen, bleibt er oft abseits, spielt allein, ist still und verschlossen! Er wirkt verträumt und läßt die Zuwendung zum Umweltgeschehen vermissen. Zeitweise kann man bei ihm eine übertriebene Lebhaftigkeit beobachten; er führt dann das große Wort, ist vorlaut und redet altklug.

I.Q. nach Binet-Simon = 0,88, was einem schwächeren Normalschüler entspräche, daneben isolierte Störung der rechnerischen Fähigkeiten.

Motorisch: auffallenderweise ist er in der Schule neben dem Rechnen noch im Turnen besonders schlecht.

Somatisch: Körperliche Entwicklung zufriedenstellend. Schädel ziemlich lang gestreckt, hydrocephal konfiguriert: Balkonstirn, Ausladen der Kalotte in der Schläfenregion. Flache Basisknickung. Langer Abfall vom Planum sphenoidale zum Sellaboden.

Encephalogramm: Medianstehendes Ventrikelsystem. Für das Alter ist der rechte Seitenventrikel verplumpt, auch wirkt der linke etwas weit. Sonst keine umschriebenen Veränderungen. 3. und 4. Ventrikel sowie Oberflächenzeichnung unauffällig.

Besprechung der Gruppe I

Es mag auf den ersten Blick auffallen, daß die situativen Schwierigkeiten der eben dargestellten Jugendlichen ganz verschiedener Art sind und dementsprechend auch die Motive und Gründe zur Einweisung in die Klinik nichts Gemeinsames untereinander haben: Mathias B. (Fall 1) will auf den Lehrstellen nicht sprechen und gibt sie alle kurz über lang auf; Eugen M. (Fall 2) bemüht sich, auf Arbeitsstellen nützlich zu sein, versagt aber gröblich durch Mangel an Wendigkeit und Initiative. Während er vor der elterlichen Autorität innerlich und auch äußerlich zittert, ist Heide St. (Fall 5) voller Aggressivität und Auflehnung gegen die Eltern, insbesondere die Mutter, und verursacht deshalb Schwierigkeiten im häuslichen Milieu. Herbert K. (Fall 3) hält weder auf Lehr- noch Arbeitsstellen durch, fühlt sich zu Hause und durch jede geregelte Tätigkeit unerträglich beeinträchtigt und versucht, durch habituelles Ausreißern dem Zwang des Regelmäßigen zu entgehen. Klaus B. (Fall 4) will zur Marine, dann zur Fremdenlegion, schließlich zur Bundeswehr und nimmt in einer Kurzschlußreaktion 20 Schlaftabletten.

Des weiteren sind drei Trinker geschildert (Fall 6, 7, 8); einer unter ihnen (Fall 6) ist mehrfach straffällig geworden. Schließlich findet sich unter diesem Krankengut ein Schuljunge (Fall 9) der seine Schulaufgaben vernachlässigt und nur sehr langsam und unwillig arbeitet.

Während die Umgebung unserer Jugendlichen und des Kindes sich an den jeweiligen pädagogischen, erzieherischen und auch kriminellen Tatbeständen stößt, versuchen wir in der Klinik, die jeweiligen Persönlichkeitsstrukturen in ihrer Ganzheit zu erfassen; so wollen wir hier die psychischen Befunde untereinander vergleichen.

Alle in dieser Gruppe zusammengefaßten Personen zeichnen sich durch gedrückte, dysphorische Grundstimmung aus. Alle sind antriebsarm, desinteressiert am Geschehen ihrer Umwelt; manche von ihnen wirken beinahe autistisch, alle sind sie kontaktschwach. Schließlich neigen fast alle, mit Ausnahme von Fall 1 und 2, zu brüskten, unbeherrschten affektiven Schwankungen. Durch diesen kurzen Umriss kommt man zu der Schlußfolgerung, daß die zur Tiefenperson gehörigen Züge - Antrieb, Affektivität, vorherrschende Stimmungslage - in allen Fällen gleich oder untereinander doch sehr ähnlich sind.

Verschieden ist der Grad ihrer Ausprägung und die Form, in der sie ihren Ausdruck finden:

Bei Mathias B. (Fall 1) scheint die Antriebsarmut vielfach bis zum völligen Mutismus gesteigert zu sein. Seine Impulsverarmung geht so weit, daß er jegliche Tätigkeit aufgibt. Mathias ist 16 Jahre alt und - abgesehen von dem fast 10-jährigen Schüler - in dieser Gruppe der Jüngste; noch ist seine brüske Affektentladung, die für die Umgebung stets beeindruckend und unerklärlich, für die Individuen selbst - wie wir später sehen werden - jedoch sehr charakteristisch ist und die Rolle eines Ventilmechanismus zu übernehmen scheint, nicht aufgetreten. Wir wären jedoch nicht erstaunt, wenn er urplötzlich und völlig unmotiviert davonliefe oder sich unerwartet exzessivem Trinken hingäbe oder die gestauten Affekte in einem Bewegungsturm abreagierte.

Wenden wir uns Hans Günther R. (Fall 8) zu: auch er bot in der Schule keine disziplinarischen Schwierigkeiten, lernte mittelmäßig und begann - noch ganz unauffällig - wie auch Mathias B., eine Lehre. Diese gab er völlig unmotiviert nach kurzer Zeit auf, versuchte es mit einer zweiten, ja mit einer dritten Lehre, die er alle ohne einfühlbaren Grund verließ. Er verzichtete schließlich mit etwa 16 Jahren auf jegliche Tätigkeit. Jetzt begannen die Trinkexzesse, und Jähzornsausbrüche traten auf - sowohl in nüchternem als auch betrunkenem Zustand - Auffälligkeiten, die die Verwandten an ihm nie zuvor beobachtet hatten. Solche Erregungszustände manifestierten sich nach Art eines Bewegungsturms (KRETSCHMER 1948) mit heftigem und wahllosem Um-sich-Treten und -Schlagen. In der Klinik imponierte er aber als fügsam, leicht lenkbar, im übrigen war er dysphorisch, antriebsarm und initiativlos.

Zum Vergleich ziehen wir einen weiteren Fall heran: Georg A. (Fall 7). Dieser Junge imponierte bereits in der Volksschule als minderbegabt; er blieb auch einmal sitzen und verzichtete nach der Schulentlassung von Anfang an auf eine Ausbildung - nicht zuletzt wohl auch milieubedingt. Ohnehin stets still, ängstlich und bedrückt, bekommt er mit 18 Jahren beginnend schwere freilaufsteigende dysphorische Verstimmungen, die er durch Alkohol anzugehen versucht. Auch er entläßt seine Affekte unter Alkohol; zunächst über einen Bewegungsturm, indem er sich bei vollem Bewußtsein auf dem Boden wälzt, um sich schlägt und heftig schreit; später durch ziemlich regelmäßige Selbstmordversuche - fast in jedem Alkoholrausch unternimmt er einen Suizidversuch - und durch Umsetzungen seines seelischen Mißbehagens in körperliche Symptome. Er klagt bei diesen Anlässen regelmäßig über nicht objektivierbare Körperbeschwerden. Außerhalb dieser dysphorischen Verstimmungen und der Al-

koholexzesse ist er lenksam, fügsam und trotz seiner 22 Jahre kindlich an seine Mutter gebunden; im übrigen ist er bedrückt, still, ängstlich, antriebsarm und initiativlos.

Rufen wir uns Fall 4 - Klaus B., 18 Jahre alt - ins Gedächtnis zurück, so wird auffallen, daß auch er in gewisser Beziehung eine ähnliche Entwicklung durchgemacht hat: stets still, verschlossen, im allgemeinen unauffällig, absolvierte er die Schule und hielt es drei Jahre auf einer Lehrstelle aus, fiel in der Gesellenprüfung durch und setzte erst hier - etwa mit 17 Jahren - seine Umgebung in Erstaunen, indem er fortlief mit dem etwas verschwommenen Ziel, in die Marine einzutreten.

Wollte man diese erste unüberlegte Handlung reaktiv ableiten - mißglücktes Examen, Angst vor den Folgen -, so wird diese Auffassung durch sein weiteres Verhalten widerlegt: er läuft kurz darauf erneut fort, "um fremde Länder zu sehen" und evtl. in die Fremdenlegion einzutreten. Nach kurzer Zeit wiederholt sich nochmals der ganze Tatbestand. Beim letzten Versuch nimmt er in einer Kurzschlußreaktion 20 Schlaftabletten ein.

Hier sind die beschriebenen Verhaltensweisen besonders frappierend, da der Umgebung nie etwas auffiel, als daß der Junge still, verschlossen, kaum je fröhlich und ein Einzelgänger gewesen war. Auch wir erlebten ihn in der Klinik als etwas gedrückt, antriebsarm, kontaktschwach, vielleicht auch weich, empfindsam, sonst aber gut lenkbar. Für seine Verhaltensweisen bot er keine Erklärungen und nur angedeutet konnte man seinen Angaben entnehmen, daß er sich zu Hause beeengt fühle, "kein Wort sagen dürfe".

Herbert K. (Fall 3), 24 Jahre alt, war bereits als Kind sehr verschlossen, im Spielen und Arbeiten langsam, gegenüber den Geschwistern wenig verträglich und fiel seiner Mutter durch Mangel an Phantasie auf; trotz allem erreichte die Abnormität seines Verhaltens niemals solche Grade, daß heilpädagogische Maßnahmen in der Kindheit oder frühen Jugend erforderlich wurden. Untragbar für seine Umgebung wurde er erst nach der Schulentlassung, etwa vom 15. Lebensjahr an, indem er eine Lehrstelle nach der anderen aufgab, nicht zur Arbeit erschien, planlos tage- und nächtelang herumstreunte oder für Monate ohne jede Beschäftigung zu Hause sitzen blieb, Auch hier - wie im Fall 4 - erleben wir nie ein aktives Sichwidersetzen, keinen Bewegungsturm, keinen Jähzornsausbruch, dagegen aber stummes, unmotiviertes Weglaufen, Herumstreunen, das nach Art eines Ventilmechanismus den gestauten Affekten als outlet dient. In dem eben dargestellten Fall wird die Affektlabilität in den Fb-Antworten des Rorschachtests evident. Die übrige Persönlichkeit außerhalb dieser Affektdurchbrüche ist still, zurückhaltend, antriebsarm, kontaktschwach und passiv.

Wenden wir uns jetzt dem 24-jährigen Mädchen (Fall 5) zu, das im Gegensatz zu allen geschilderten Jungen seinem Beruf sehr ernst und pflichtgetreu nachgeht. Sie ist bereit, jede Anzahl von Überstunden zu machen und jede Arbeit, die ihr aufgebürdet wird, auszuführen. Weder in der Schule noch in den Ausbildungsstätten oder im Dienst bot sie je disziplinarische Schwierigkeiten, und nur im häuslichen Milieu reagiert sie seit ihrer Kindheit beim geringsten Unmut mit wilden Schreisszenen. Auch sie imponiert in der Klinik als still, sehr verschlossen, beinahe autistisch, als stets dysphorisch und klagt über tiefe Verstimmungszustände von freiaufsteigender Traurigkeit.

Nur bei Eugen M. (Fall 2) ist es noch nie zur Manifestation gestauter Affekte gekommen. Sowohl zu Hause als auch in der Klinik ist er sehr schüchtern, ängstlich, bedrückt, antriebsarm und initiativlos. Seine Angst vor der elterlichen Autorität setzt er in körperliches Zittern um. Zusammenfassend wollen wir feststellen: Die Tiefenperson der dargestellten Fälle (1 - 8) weist im wesentlichen durchgehend die gleichen Züge auf: eine oft ins Extreme gesteigerte Antriebsarmut, eine Aspontaneität, eine gedrückte, mißmutige, dysphorische Grundstimmung und eine sehr eindrucksvolle Unbeherrschtheit der Affekte, zumindest in der Mehrzahl der Fälle.

Daß sich die Antriebsarmut bereits sehr früh manifestieren und der Umgebung auffallen kann, läßt sich am Beispiel des Zehnjährigen demonstrieren. Die Eltern von Karl-Heinz (Fall 9) beobachten, wie ihr Junge zunehmend ruhiger und stiller wird, wie er sich der Gesellschaft seiner Altersgenossen fernhält, wie wenig er in der letzten Zeit am Spiel interessiert ist und wie er seine Aufgaben in zunehmendem Maße vernachlässigt. Den Eltern ist der letzte Tatbestand am wichtigsten. Wir erleben den Jungen in der Klinik als vorwiegend gedrückt, still, verträumt, dem Spiel der Gefährten wenig zugewandt, verträglich, aber kontaktschwach; zeitweise erleben wir ihn aber auch vorlaut, umtriebig, das große Wort führend und dann auf diese Weise auffällig. Wir sehen hier somit in Ansätzen alle die Charakterzüge, die wir bei den geschilderten Jugendlichen immer wieder fanden: Antriebsarmut, gedrückte Stimmung, Kontaktschwäche, Unbeherrschtheit der affektiven Schwankungen.

Wenn wir die Entwicklungsjahre unserer Jugendlichen noch einmal kurz überblicken, so stellen wir fest, daß die meisten von ihnen in der Kindheit still, brav und unauffällig gewesen sind. Auch auf das übrige Krankengut vorgehend, wollen wir betonen, daß verschiedene, zu feineren Beobachtungen begabte Mütter unserer Patienten, ihre Kinder in der Schulzeit als besonders brav und still schildern. Zwar werden solche Feststellungen mit Genugtung getroffen und nur seltener kommt noch ein weiteres Detail hinzu (Fall 3): "konnte sich nicht gut allein beschäftigen, ließ Phantasie vermissen". Wir wollen, auf HOMBURGER und E. STERN fußend, an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hinweisen, daß das von den Eltern vielgelobte Bravsein, die mustergültige Folgsamkeit in vielen Fällen genauso abnorm sein kann wie das Nicht-folgen-wollen, wie Streiche und Unarten. Nur ist ein stilles, lenkbares, braves Kind für die Umgebung viel bequemer und in der Führung angenehmer. So bringen die angeführten Gründe es mit sich, daß die Abnormität des Verhaltens der ruhigen Kinder leicht übersehen wird.

In Wirklichkeit birgt das stille und brave Betragen von Kindern bereits den Kern der Antriebsarmut in sich und manifestiert sich später in einer Spontaneität, einer Interessenlosigkeit dem Beruf und den Lebensaufgaben gegenüber, kurzum in den Zügen und Entwicklungsrichtungen, die wir in den ersten acht Fällen aufzeichnen konnten.

Denn das natürliche Interesse und die Zuwendung des Jugendlichen manifestieren sich im Beruf, auch in der Gestaltung der freien Zeit; Initiative und Antrieb des Kindes dagegen finden ihren Ausdruck im Spiel, im Lernen, nicht zuletzt auch in Streichen und Unarten.

Bieten solche Kinder neben der "braven Führung" noch brüske Stimmungsschwankungen oder Jähzornausbrüche, dann können die Erzieher hellhörig werden. Dabei entspringen diese Verhaltensweisen dem gleichen Kern wie auch das Bravsein, nämlich der Unfähigkeit dieser Individuen, gestaute Affekte auf normale kindliche Art abzureagieren.

Um noch genauer darauf einzugehen, schafft gerade die Antriebsarmut und der Mangel an normal-kindlicher motorischer Regsamkeit eine Affektstauung, die zur Entladung drängt. Was andere Kinder an Bewegungspotenzen im Spiel und bei kindlichen Streichen verbrauchen, entladen die hirngeschädigten Kinder über Jähzornausbrüche oder über Schreimechanismen und Bewegungssturm (Fall 5). Letzte Verhaltensweisen, denen "zwar eine Tendenz, aber kein Ziel" innewohnt, und die den entwicklungsgeschichtlich älteren Reaktionsformen angehören (KRETSCHMER 1948), sind gerade deshalb für das Frühkindesalter noch nicht pathologisch, für spätere Altersstufen jedoch - vor allem bei einer Häufung - als abnorm zu werten. Letzte Bemerkung sei hier nur am Rande gemacht, eine ausführlichere Betrachtung darüber ergibt sich bei der Besprechung der Gruppe mit hysterischen Mechanismen.

Bei unserem Schulkind wollen wir noch eine weitere Eigentümlichkeit hervorheben. Der Junge ist sowohl im Spiel als auch beim Arbeiten auffallend langsam. Dieser Zug ist aber auch anderen Individuen dieser Gruppe eigen: Eugen M. (Fall 2) war von Kindheit an in seinen Verrichtungen sehr langsam; durch seine langsame Arbeit fällt Herbert K. (Fall 3) auf; wegen ihres langsamen Arbeitens verliert Heide St. (Fall 5) mehrere Arbeitsstellen.

Die meisten Individuen dieser Gruppe scheinen einen langsamen Eigenrhythmus zu haben. Damit haben wir uns an eine andere Eigenschaftlichkeit herangetastet, die in einem engen Zusammenhang damit steht: wir meinen die in fast allen Fällen auffallend ungeschickte Motorik. Wir finden fast überall diesbezügliche Hinweise:

- Fall 1: Motorik dürftig, eckig;
- Fall 2: Motorik ungewandt;
- Fall 3: Motorik recht ungeschickt, Haltung gehemmt;
- Fall 5: Motorik ungeschickt, Haltung gespannt, Bewegungen langsam;
- Fall 6: Motorik fahrig, grob, schlappe Haltung;
- Fall 9: Neben dem Rechnen im Turnen auffallend schlecht.

Wenngleich an unserem Krankengut keine systematische motorische Durchuntersuchung nach einer einheitlichen Methode - wie etwa nach der motometrischen Skala von KWINT-OSERETZKY - vorgenommen wurde, so sind doch diese aufgrund des Gesamteindrucks gemachten Beobachtungen recht auffallend. Wir werden später sehen, daß in den folgenden Gruppen mit andersgearteten Verhaltensweisen und Charaktereigentümlichkeiten die Motorik nicht in so hohem Prozentsatz als ungeschickt beurteilt wird. Auch wird über das langsame Eigentempo, über Auffälligkeiten der Haltung nicht so häufig geklagt wie in der vorliegenden Gruppe.

Nun wissen wir, daß eine im neurologischen Sinne intakte Motorik von vielen Instanzen des Nervensystems abhängig ist, daß aber das individuelle Gepräge der Motorik - der Bewegungsrhythmus, das Tempo der Bewegungen, ihre Ausdruckskraft

und ihre mehr oder weniger plastische Gestaltung - um einiges hier zu nennen - vorwiegend durch das extrapyramidale System bestimmt wird. Die enge Koppelung der Motorik an die seelische Dynamik verlangt darüber hinaus eine Berücksichtigung der Funktionen des gesamten Hirnstammes.

HOMBURGER (1923) schildert sehr anschaulich die für jedes Lebensalter charakteristischen motorischen Eigentümlichkeiten und unterstreicht die Unterschiede in der geschlechtlichen Prägung. GUREWITSCH (1926) versucht, die jeweiligen motorischen Spezifika der einzelnen Charakter- und Konstitutionstypen herauszuarbeiten. GÖLLNITZ macht sich die Erkenntnisse dieser Entwicklungslinie zunutze und versucht als erster, eine protrahierte motorische Behandlung bei hirngeschädigten Kindern anzuwenden. Er erzielt dabei die besten Resultate. Wenn wir "als erster" sagen, so meinen wir natürlich nicht die motorische Behandlung neurologischer Ausfallserscheinungen, sondern die allgemeine motorische Behandlung hirngeschädigter und in ihrer Entwicklung retardierter Kinder. Dabei ging GÖLLNITZ von der Beobachtung aus, daß alle Kinder mit pathologisch verändertem Encephalogramm auch motorisch einen erheblichen Rückstand aufweisen, nach Testung mittels motorischer Skala von KWINT-OSERETZKY. Daraus zog er die Schlußfolgerung, daß durch intensive Förderung der rückständigen Motorik dem Gehirn günstige Impulse zugeleitet werden können. Die Praxis hat seine Hypothese erhärtet.

In den psychotherapeutischen Studien von KRETSCHER (1949) gelangen die engen funktionellen und anatomischen Verknüpfungen zwischen dem Seelenleben, dem Tonus und der Motorik und den vegetativen Regulationen zur Darstellung. Oder, um es zu präzisieren, stellt KRETSCHMER die Forderung nach einer dreidimensionalen Betrachtungsweise auf: Triebverbiegungen, Störungen des Antriebs und der Affektivität hängen nicht in der Luft, sondern haben ihre Korrelate im Tonus, in der Motorik und im Vegetativum. Die von HESS (1954) beschriebenen Triebzentren im Zwischenhirn werden von KRETSCHMER an Hand klinischer Erfahrungen über postencephalitische Veränderungen ergänzt, ihre enge Lagebeziehung zum Thalamus mit dessen Eigentümlichkeiten und zu den extrapyramidalen Zentren wird unterstrichen, auf das Phänomen der Irradiation wird mit Nachdruck hingewiesen und von hier aus der Möglichkeit Platz eingeräumt, über aktive willkürliche Tonusveränderungen sich an die Tiefenperson heranzutasten und diese formend zu beeinflussen.

Die enge Beziehung zwischen Tonus, Motorik und dem jeweiligen "inneren Wesen" wird interessanterweise auch durch Nicht-Mediziner, nämlich durch Künstler, scharf gesehen. Thomas Mann läßt von klein auf seinen überaus feinfühligsten, schwermütigen Tonio Kröger dem regen motorischen Treiben anderer, unkomplizierter und lebhafter Kinder fernstehen. Während die anderen, die "Heiteren und Unbeschwerten", reiten, rudern, schwimmen und segeln, liegt Tonio Kröger müßig und schwermütig träumend am Meeresufer. So sehr er auch seine Absonderlichkeit selbst empfindet, ist er doch außerstande, seine Entwicklungsrichtung zu ändern. Und so steht er auch in seinen reifen Jahren als Künstler, umjubelt "von Menschen mit feinen Seelen und ungeschickten Körpern" den anderen, "den Gesunden, Flinken und Heiteren" fremd gegenüber.

Konstantin S. Stanislawski, der Begründer des Moskauer Künstlerischen Theaters, betont in seiner Arbeit "Arbeit des Schauspielers an sich selbst", daß nur ein Hineinfühlen in das Tempo, den Rhythmus und die Motorik der jeweiligen künstlerischen Gestalt - der jeweiligen Rolle - echte, tiefe und wahre Verwandlung des Darstellers in den Dargestellten ermöglicht. Dieses Hineinfühlen kann nur auf dem Wege der vollkommenen Tonusumstellung sich vollziehen. Nur so gelingt es, "den Schleier der Alltäglichkeit abzuschütteln". Auch er - wie KRETSCHMER - führt an dieser Stelle die im Yoga enthaltenen Möglichkeiten an. Stanislawski starb 1938, die "Arbeit des Schauspielers an sich selbst" entstand viel früher, und von den "Psychotherapeutischen Studien" hat er sicher nichts gewußt. Umso auffallender ist es, daß zwei Menschen auf zwei grundverschiedenen Gebieten mit viel Erfahrung und Intuition zu den gleichen Ideen gelangten.

Es mag den Anschein haben, daß wir von dem eigentlichen Thema zu weit abgewichen sind; doch möchten wir die vorgenannten Betrachtungen als Armugemte für unseren Vorschlag gelten lassen: wenn zwischen dem seelischen Gefüge einerseits und dem Tonus und der Motorik andererseits so enge anatomische und funktionelle Beziehungen bestehen, müßte man über Motorik und Tonus die seelische Struktur gerade im Bereich der Tiefenperson therapeutisch formend beeinflussen können. Wir glauben, daß auf dem Weg der protrahierten motorischen Behandlung der Antrieb vermehrt, die Aspontaneität angegangen werden und die ungesteuerte Affektivität eine natürliche, physiologische Zügelung und Entladung erfahren kann. Wir glauben, daß gerade solche mißmutigen, antriebsarmen, aspontanen Jugendlichen, wie die neun bisher geschilderten, durch die Behandlung aufgelockerter, lebhafter, betriebsamer gemacht werden können. Über die Schwierigkeiten dieses Vorhabens sind wir uns klar. Ein eingehendes Studium wird erforderlich sein, die geeignete Art der motori-

schen Übungen herauszuarbeiten. Dabei wird man sich die von GÖLLNITZ gemachten Erfahrungen in der motorischen Behandlung encephaloperotischer Kinder zunutze machen müssen. Auch könnten die Untersuchungen von HESS über "Automatische Regulierung der Körperhaltung" (in HESS: Hypothalamus und Thalamus, 1956) in dieser Richtung weiterhelfen.

Die praktische Durchführung wird sich jedoch nicht so einfach gestalten lassen. Es müßten z. B. Erziehungsberatungszentralen ins Leben gerufen werden; es würde auch eine eingehende Aufklärungsarbeit unter Schul- und Kinderärzten erforderlich werden, damit die wirklich geeigneten Fälle einer solchen Behandlung zugeleitet werden. Vor allem aber ist eine genügende Anzahl Übungsstunden - täglich mindestens 1 - 2 - die wichtigste Voraussetzung für ein positives Ergebnis.

Es ist aber nicht unsere Aufgabe, im Rahmen dieser Arbeit ausführlicher darauf einzugehen.

Wenden wir uns wieder dem Krankengut zu.

Am Anfang der Besprechungen wiesen wir auf die für Individuen dieser Gruppe spezifischen Charakterabnormitäten hin: Vorherrschen einer dysphorischen Stimmungslage, Antriebsarmut, Aspontaneität, Kontaktschwäche, Neigung zu brusken affektiven Schwankungen und zu Kurzschlußreaktionen. Einige dieser Züge werden wir auch in den später zu besprechenden Gruppen finden, jedoch nicht so massiv und kaum noch einmal in diesem Komplex wie hier. Unsere acht Jugendlichen und das Kind bieten aber auch andere Eigentümlichkeiten des Verhaltens, die für die vorliegende Gruppe nicht streng spezifisch sind, und die wir fast durchgehend und ausnahmslos an unserem gesamten Krankengut werden beobachten können.

Wir meinen damit die Merkmale der charakterlichen Retardierung, die in allen Fällen deutlich in Erscheinung treten. Die meisten Jugendlichen haben keine altersgemäße Zielsetzung im Beruf, kein Verantwortungsgefühl, keine Kritikfähigkeit und kein Urteilsvermögen eigenen Handlungen gegenüber. Gerade der Mangel an bewußter rationaler Steuerung macht dieses haltlose Nachgeben den eigenen Lust- und Unlustgefühlen gegenüber möglich. Nur so ist es verständlich, daß Mathias B. (Fall 1) innerhalb eines knappen Jahres 10 Lehrstellen wechselt, daß Herbert K. (Fall 3) und Klaus B. (Fall 4) ohne Rücksicht auf die daraus entstehenden Folgen immer wieder fortlaufen und daß Walter E. (Fall 6) dem Trinken und allen sich bietenden Versuchungen erliegt. Auch können schlechte und nachteilige Erfahrungen nicht nutzbringend verarbeitet werden.

Ein weiteres Retardierungsmerkmal zieht sich wie ein roter Faden durch fast alle Anamnesen hindurch: Die erhebliche Verlangsamung des puberalen Instinktwandels.

Unter normalem puberalen Instinktwandel versteht KRETSCHMER (1949) einen in bestimmtem Tempo und zu bestimmten Zeitpunkten sich vollziehenden dreigliedrigen Vorgang, in dem die positive (kindliche und starke) Instinktbindung an die Eltern in die ruhige neutrale Haltung des Erwachsenen zu seinen Eltern übergeht. Dabei steht die Ausreifung des Sexualtriebes in reziprotem Verhältnis zur kindlich-instinktiven Bindung an die Eltern (KRETSCHMER sagt "zum Brutpflegeinstinkt"). Wird eine der Phasen verlangsamt durchlaufen oder bleibt gar der Pubertierende in einer der Phasen stecken, so ist die Verständigung mit den Altersgenossen, die Gattenwahl, aber auch jegliche berufliche und soziale Bindung erheblich erschwert.

Heide St. (Fall 5), die im Gegensatz zu anderen Jugendlichen unserer Gruppe ihre Berufspflichten altersgemäß ernst nimmt, legt im häuslichen Milieu Verhaltensweisen an den Tag, die für eine krankhafte Stockung des puberalen Instinktwandels sprechen; sie beneidet ihre Brüder, haßt ihre Mutter und droht, sie mit einem Beil zu erschlagen oder zu erwürgen; und das mit 24 Jahren! - also in einem Alter, da eine ruhige, freundliche aber unabhängige Haltung schon längst zu ihrem Recht hätte kommen müssen.

Eugen M. (Fall 2), der außer seiner Initiativlosigkeit und seinem langsamen Arbeitstempo keine beruflichen Schwierigkeiten hat, manifestiert gegenüber seinem Vater noch mit 20 Jahren eine Einstellung, die normalerweise einem präpuberalen Alter zukäme. Bei jeder elterlichen Zurechtweisung zittert er. In seinen Angaben findet man nicht den leisesten Ansatz zu einer inneren Auflehnung, und in seinen TAT-Deutungen läßt er überall die elterliche Autorität walten.

Georg A. (Fall 7) läßt mit 22 Jahren eine ambivalente Haltung gegenüber seinen Eltern erkennen. Einerseits zeigt er noch eine echte kindliche präpuberale Bindung an die Mutter, andererseits lehnt er sich im Alkoholrausch gegen seine Eltern auf; - letztes entspricht der pubertären Protestphase -. Beide Verhaltensweisen sind nicht altersgemäß.

Bei Walter E. (Fall 6) wären die sexuellen Ausschweifungen in dem geschilderten Ausmaß nicht möglich, wenn eine altersgemäße sexuelle Triebssicherheit wenigstens in etwa vorhanden wäre.

Ohne auf die einzelnen Fälle weiterhin einzugehen, können wir generell feststellen, daß man ein altersgemäßes Interesse dem anderen Geschlecht gegenüber, sei es in der harmlosesten Form, bei allen hier geschilderten Jugendlichen vermißt. Wie aber oben bereits erwähnt, äußert sich jede Stockung im puberalen Instinktwandel, jedes Persistieren auf einer jüngeren Altersstufe auch in einer erheblichen Kontakterschwerung zur Umwelt. So ist die eingangs vielfach unterstrichene Kontaktschwäche nicht allein in der dysphorischen Stimmung und der Antriebsarmut begründet, sondern zu einem erheblichen Teil auch auf die Retardierung der Betreffenden zurückzuführen.

Unser Schulkind (Fall 9) befindet sich in der präpuberalen Phase und ist deshalb bisher aus unseren Betrachtungen ausgeschlossen worden. Im Bereich seines Aufgabenkreises mangelt es ihm ebenso an altersgemäßem Ernst und Selbständigkeit wie den übrigen Jugendlichen.

Nach Besprechung der psychischen Auffälligkeiten und Abnormitäten wollen wir uns der somatischen Seite des vor uns liegenden Problems zuwenden. Wir beabsichtigen nicht, uns an dieser Stelle mit den jeweiligen plausiblen Noxen der frühkindlichen Hirnschädigungen auseinanderzusetzen. Diese sind in jeder Anamnese, soweit Angaben vorhanden, sorgfältig angeführt.

In der folgenden Tabelle sind die encephalographischen Auffälligkeiten zusammengefaßt.

Tabelle 1. Gruppe I: Encephalographische Befunde.

Fall	Seitenventrikel rechts	links	3. Ventrikel	Sonstiges
1	durchgehend plumper als links, Taille verstrichen, Spitze*) Spur höher als links	-	-	-
2	weiter als li, bes. an vorderen Abschnitten; Spitze*) abgerundet	Spitze*) abgerundet	Ø 7 mm	Oberfl.- Zeichnung rechtlicher als li
3	-	verplumpt; li Kammerdreieck erweitert; Spitze*) abgerundet	-	Etwas weite Basalzisternen
4	-	weites Kammerdreieck	Ø 8 mm	-
5	verplumpt; Spitze *) abgerundet	verplumpt, weniger als re; Spitze*) abgerundet stärker als re	-	-
6	etwas plump	etwas plump	birnförmig Ø 7 mm	
7	plump	plump, breiter als re; Spitze *) steht höher	-	Sulc. corp. callosi ungewöhnlich gut dargestellt
8	grazil	generell plumper als re	-	-
9	verplumpt	wirkt etwas weit	-	-

*) gemeint ist die Spitze des Schmetterlingsflügels

Aus der Zusammenstellung der encephalographischen Befunde scheint Folgendes hervorzugehen.

1. Es handelt sich nur um subtile Befunde. Grobe Veränderungen sind nicht vorhanden.
2. Veränderungen am 3. Ventrikel und den Basalzisternen, also gerade dort, wo man sie in postencephalitischen Befunden hätte erwarten müssen, sind kaum zu registrieren.
 - a) Eindeutig erweitert ist der 3. Ventrikel nur im Fall 5 (größter Durchmesser = 8 mm);
 - b) Pathologisch birnenförmig konfiguriert ist der 3. Ventrikel im Fall 6, während sein größter Durchmesser mit 7 mm noch an der oberen Grenze der Norm liegt;
 - c) Im Fall 2 ist nur in Anbetracht der anderen pathologischen Veränderungen der 3. Ventrikel mit einem Durchmesser von 7 mm als pathologisch zu werten;
 - d) etwas weite Basalzisternen finden sich im Fall 3.
3. Dagegen finden wir in allen Befunden eine Erweiterung des einen oder beider Seitenventrikel, im letzten Fall mit Betonung einer Seite. Es finden sich weiter Abrundungen der Spitzen der Schmetterlingsfigur, leichte Ausziehungen der einen Spitze, ein Verstreichen der Ventrikeltaile oder auch durchgehende Verplumpung. Es handelt sich so gut wie immer um Veränderungen des Vorderhorns. Bei durchgehender Verplumpung ist auch die Pars parietalis ventriculi lateralis mit einbezogen, gelegentlich auch die Pars occipitalis.

Erweiterungen oder Verplumpungen des Seitenventrikels, speziell des Vorderhorns, gehen so gut wie immer auf Kosten des Nucleus caudatus, der in seiner gesamten Ausdehnung den Seitenventrikel bilden hilft (siehe die anatomisch-physiologischen Hinweise Seite 3). Man kann sich vorstellen, daß auch der Balken, der das Dach der Seitenventrikel bildet, bei Erweiterungen derselben einen Substanzverlust erleidet. Ist die Pars parietalis ebenfalls erweitert, so käme eine Beeinträchtigung des Thalamus in Betracht, da er die mediale Wand der Pars parietalis formt. Die Symptomatik dieses Krankengutes (Fall 1 - 9) mit Aspontaneität, auffallender Antriebschwäche und Impulsverarmung ließ vor allen Dingen an die Ausfallerscheinungen des Stirnhirns denken **). Jedoch scheint dieses für das Zustandekommen der geschilderten encephalographischen Befunde nicht verantwortlich zu sein. Jedenfalls nicht unmittelbar. Denn an keiner Stelle hat es unmittelbare anatomische Beziehungen zu den Seitenventrikeln, es sei denn, daß die Ausweitung eines Seitenventrikels und damit der Substanzverlust so massiv ist, daß eben auch das Stirnhirn mit einbezogen ist. Dies ist möglich bei einem ausgeprägten Hydrocephalus oder einer Porencephalie. Solche Befunde aber sind in unserem Material nicht vorhanden. Auch wenn man das Problem von den äußeren Liquorräumen her angehen wollte, so findet man in unseren Befunden keine Vergrößerung der Oberflächenzeichnung. Daß unser Krankengut einerseits eine weitgehende Ähnlichkeit der psychischen Abnormitäten, zum anderen auch untereinander analoge encephalographische Auffälligkeiten bietet, vermögen wir nicht zu begründen.

Einige Beobachtungen von HESS (1954) scheinen uns an dieser Stelle wichtig:

Bei Reizung des Nucleus caudatus wird eine "Herabsetzung der Reaktionsbereitschaft herbeigeführt. Die relative Inaktivierung manifestiert sich in erster Linie auf motorischem Gebiet. Die nach der Außenwelt orientierten Sinnessphären erscheinen in der Regel vom Dämpfungseffekt ausgespart. Die herabgesetzte Bereitschaft im Bereich der Motorik zeigt sich nicht nur im Spontanverhalten, sondern auch darin, daß die Reizschwelle erhöht ist. - Neben der Verminderung der motorischen Leistungsbereitschaft fällt das häufige Versagen der proprioceptiv gesteuerten Korrekturmechanismen auf, und zwar auf der kontralateralen Seite. Diese zusätzliche Feststellung kann auch nicht anders als eine aktive Hemmungserscheinung aufgefaßt werden, welche sich über die ganze Sensomotorik erstreckt". Der gleiche Effekt wie durch Reizung konnte auch durch diathermische Ausschaltung erzielt werden. Weiter HESS: "Die Rolle des Nucleus caudatus ist darin zu erblicken, daß er an der Regulierung der somatomotorischen Funktionsbereitschaft beteiligt ist. Insofern besteht also eine deutliche funktionelle Korrespondenz zur hypnogenen Zone, wobei sich die letzte aber durch umfassendere Ruhigstellung äußert".

Die zweite Beobachtung bezieht sich auf die Rolle des Balkens (HESS, 1954): Bei "Reizung des Balkenkniees entwickelt sich ein Bild wie bei einer gleichsam im Zeitlupentempo aufgenommenen rostrocaudal fortschreitenden Tonussteigerung mit nachfolgender Erschlaffung

**) Bereits vor Jahrzehnten hat FEUCHTWANGER an Hand umfangreicher Untersuchungen über Hirn geschädigte folgende Ausfallerscheinungen ausgearbeitet: "Störungen im Bereich des Willenslebens, spezielle Schwäche im Bereich der niederen Willensfunktionen (Antriebschwäche), Störungen der Willensspannungen bei Durchführung der Willenshandlungen, Störungen der Impulsgebung zur Anleitung der Willenshandlungen und Störungen der determinativen Bereitschaft bei normaler Impulsgebung".

Diese Ergebnisse von HESS sind für uns insofern interessant, als sie über die Rolle jener Formationen etwas aussagen, die in engster Lagebeziehung zu den Seitenventrikeln stehen.

Wir beanspruchen nicht, mit diesem Hinweis etwas erklärt zu haben, wollen aber seine Beobachtungen hier anführen, einmal der Vollständigkeit halber, zum anderen aus dem Gedanken heraus, daß sie vielleicht für künftige Betrachtungen der hier angeschnittenen Probleme sich als nützlich erweisen.

Bevor wir die Besprechung der I. Gruppe abschließen, wollen wir noch einen klinischen Fall schildern, bei dem wir ähnliche Verhaltensabnormitäten wie in den bisher besprochenen Fällen beobachten konnten. Der encephalographische Befund aber ist normal; ein frühkindlicher Hirnschaden liegt mit Sicherheit nicht vor (Fall 10).

Es handelt sich um ein 22-jähriges Mädchen, Erna J., das bis zu seinem 10. Lebensjahr als überschwänglich vor Freude und Dankbarkeit geschildert wird. In den letzten Klassen der Volksschule wurde sie zunehmend mißmutiger, schweigsamer, kontaktschwächer, ja ablehnend. Nach der Schulentlassung arbeitet sie in mehreren Haushaltungen und in einer Fabrik. Sie begann auch einmal eine Lehre als Säuglingsschwester, die sie dann aber wieder aufgab. Sie unterbrach ihre Tätigkeit immer wieder, weil sie es "seelisch unerträglich schwer" hatte. Bei solchen Anlässen begab sie sich entweder in eine klinische psychotherapeutische Behandlung oder blieb einfach untätig zu Hause, obgleich, wie sie angibt, ihr dort alles verhaßt ist. - Ihr Widerwille richtet sich in erster Linie gegen ihren eigenen Vater, bei dessen Anblick und in dessen Gegenwart sie seit Jahren einen Ekel empfindet. Bei dem Gedanken, sie könne sein Wesen geerbt haben, ist sie bereit, sich das Leben zu nehmen. Ihre Schwester erzählt aber, daß sich Erna auch ihrer Mutter gegenüber äußerst unduldsam und rücksichtslos verhalte. Sie kritisiert jede Verrichtung der Mutter, korrigiert jede ihrer Bewegungen und macht dadurch allen das Leben oft unerträglich.

Bei den Aussprachen ergab sich, daß die Ablehnung des Mädchens in erster Linie gegen den eigenen Körper gerichtet ist. Dieses Gefühl, durch den eigenen Körper dauern behindert und gestört zu sein, scheint sich bei ihr mit der Entwicklung der Mammæ eingestellt zu haben. Seit dieser Zeit trachtete sie anhaltend danach, ihren Busen durch Tragen loser und schlecht sitzender Kleider unauffälliger zu machen. Beim Antritt einer neuen Stellung hatte sie immer die Befürchtung, sie könne in dieser Beziehung irgendwie auffallen. Sie ekelt sich auch vor dem Essen, "weil das Essen doch auch mit Fälle zusammenhängt". Auch fühlt sie sich gestört durch sonstige Rundungen und "den Speck" an ihrem Körper. Dabei ist sie objektiv gesehen ein gut gewachsenes Mädchen. Immer wieder erzählt sie, wie sie vor dem 12. Lebensjahr klein, zierlich und flink gewesen sei, und daß sie seit ihrer körperlichen Veränderung vom Leben eigentlich gar nichts mehr erwarte. Sie gibt zu, keinen jungen Mann je an sich herangelassen zu haben, weil sie keinen Gefallen an sich selbst habe.

Während der klinischen Beobachtung lag sie meist von der Umwelt abgewandt im Bett und beschäftigte sich eigentlich nur mit ihren Gedanken, die immer wieder um die gleichen Themen kreisten. Sie sprach kaum spontan, war zeitweise direkt mutistisch, ablehnend und neigte zu kindlichen Trotzreaktionen. Sie lief während der Visiten fort, um sich auf der Toilette zu verstecken und dort zu heulen.

Es wurden ernste Versuche unternommen, ihr Ausbildungsmöglichkeiten oder auch eine geeignete Arbeit zu verschaffen. Doch beachtete das Mädchen diese Pläne und Möglichkeiten nur am Rande und gab dies auch offen zu. Im Vordergrund blieben nach wie vor Unverträglichkeit mit der Familie, mit ihrem Körper und der ganzen Welt. "Wenn ich schon sehe, wie die anderen zappeln und glücklich tun, habe ich genug für den ganzen Tag".

Psychisch: dysphorisch, antriebsarm, kontaktschwach, am Umweltgeschehen völlig desinteressiert, zeitweise beinahe mutistisch; ohne Zielsetzung im Beruf, ohne Urteil und Kritik in Bezug auf das eigene Verhalten; nicht die geringste Einsicht für die Schwierigkeiten anderer (z.B. bezüglich des Pflegepersonals); Ablehnung gegenüber dem anderen Geschlecht, auch gegenüber den Eltern. Völliger Mangel an Initiative und Elan, die zur Selbstständigkeit notwendig wären.

Intelligenz sehr gut: IQ 118 nach Hamburg-Wechsler, auffallend gut im praktischen Teil.

Motorik: Gewandt, in den Bewegungen recht weich.

Somatisch und neurologisch keine Auffälligkeiten.

Encephalogram: normal, kein pathologischer Befund.

Wie aus dem psychischen Befund hervorgeht, können hier die gleichen Züge verzeichnet werden, wie auch in den übrigen 9 Fällen. Und zwar decken sich

untereinander sowohl die von uns als kennzeichnend für diese Gruppe hervorgehobenen Merkmale als auch die anderen, allgemeineren, die wir auch in späteren Fällen immer wieder beobachten werden:

Besondere Merkmale: Dysphorische Grundstimmung, Antriebsschwäche, erhebliche affektive Schwankungen, die das Mädchen in Trotzreaktionen entläßt. Initiativlosigkeit, zeitweise Mutismus (vergl. Fall 1)

Allgemeine Merkmale: Deutliche Retardierungszeichen (Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit, Neigung zu kindlichen Trotzreaktionen) und gestörter puberaler Instinktwandel (Hassen des eigenen Vaters, Ablehnung der eigenen weiblichen Körperformen, Ablehnung des anderen Geschlechts). Im Zusammenhang mit der Störung des puberalen Instinktwandels steht der Mangel an einem altersgemäßen Berufsziel und das Fehlen des Verantwortungsgefühls.

Eine Schlußfolgerung aus der Besprechung kann man dahingehend ziehen, daß bei Persönlichkeitsstrukturen von Jugendlichen, wie die eben dargestellten, an die Möglichkeit eines frühkindlichen Hirnschadens gedacht werden muß. Andererseits scheinen aber auch spiegelbildähnliche Charakterstrukturen ohne frühkindlichen Hirnschaden vorzukommen, in solchen Fällen wohl als abnorme Variante des seelischen Seins.

Fernerhin muß bei stillen, "sehr braven" Kindern, die in ihren Verrichtungen langsam und am Spiel anderer wenig beteiligt sind, ebenfalls an die Möglichkeit frühkindlicher Hirnschädigung gedacht werden; man sollte solche Kinder einer motorischen Behandlung zuführen.

Als letzte Schlußfolgerung möchten wir anführen, daß ein "Triebdelikt", wie ärztlicherseits noch vielfach angenommen wird und wie uns kürzlich durch eine Klinik geschrieben wurde, bei frühkindlicher Hirnschädigung gar nicht obligat ist. Die beschriebenen Wesensveränderungen scheinen ebenso charakteristisch zu sein wie ausgesprochene Triebhandlungen.

II. Die Umtriebigen, Rastlosen.

Fall 11: Reinhold P., 11 Jahre alt.

Familienanamnese: Väterlicherseits sind in der Familie anscheinend viele abnorm strukturierte Persönlichkeiten. Der Vater selbst, Musiker, wird als ungeduldig und leicht reizbar geschildert. - Mutter gesund, Verhältnisse geordnet, sehr umsorgtes Kind.

Entwicklung: Geburt unter schwierigen Verhältnissen: acht Tage wurde auf die Möglichkeit zur Zangenentbindung gewartet, doch schließlich wurde eine Sectio gemacht. Mit vier Monaten Entzündung nuchaler Drüsen unklarer Genese, die sich über viele Monate hinzog und endgültig abklang, als der Junge zwei Jahre alt wurde. Erst dann hat er zu laufen begonnen, die ersten Worte wurden mit 15 Monaten gesprochen. Während der Wortschatz zunahm, blieb jedoch die Artikulation schlecht. Eine Enuresis nocturna, aber seit jeher unruhiger und wachsender Schlaf.

Als Kleinkind war Reinhold sehr ruhig, vielleicht zu brav. Mit den Jahren wurde er unruhiger, umtriebig. Der Mutter fiel seine ungeschickte, schlecht koordinierte Motorik auf: oft fällt er hin, ist ungeschickt in allen Bewegungen und spannt beim Schreiben das Gelenk derart an, daß es rasch bläulich wird und er die Hand ausschütteln muß.

Einschulung erst mit 7 Jahren. In der Schule wurde er durch erhebliche Bewegungsunruhe und Lernschwäche auffällig. Auch wirkte sein Mangel an Konzentrationsfähigkeit sehr störend, so daß der Junge nur dank der Rücksichtnahme der Lehrer das jeweilige Klassenziel erreichen konnte.

Während der klinischen Beobachtung war der Junge empfindsam, leicht verletzlich und weinte bei jedem noch so geringen Anlaß. An den Streichen anderer Kinder beteiligte er sich nicht, sondern verhielt sich passiv abwartend. Eine Gemeinschaft mit Kindern traute er sich nicht zu und blieb meist abseits. Während des Testens verhielt er sich verspielt, kindlich- unbefangen und rätselte an den Antworten herum. Es fehlte ihm die altersangemessene Arbeitshaltung. Mangel an Eigenkritik ließ keine tiefgreifende Unsicherheit aufkommen. Die Umstellung auf neue Aufgaben war erheblich erschwert. Trotz guten Willens lag ein ganz erheblicher Konzentrationsmangel vor.

Psychisch: kindlich verspielt, fahrig, empfindsam, weinerlich, motorisch umtriebig, erheblich retardiert, ohne altersgemäßer Zuwendung den Aufgaben gegenüber, auch Mangel an alterangemessener Aggression.

Intelligenz an der untersten Stufe der Norm.

Motorik: schlecht koordinierte, ungeschickte Motorik; bei allen Tests ungesteuerter Umgang mit dem Testmaterial. Sprache schlecht artikuliert.

Somatisch: Noch nicht in der präpuberalen Streckung stehend; Unterlänge 5 cm. Schädel o.B.

Neurologisch: PSR rechts etwas stärker als links; Sprache schlecht artikuliert.

Encephalogramm: Bei der ap-Aufnahme deutliche Verkantung. Schrägstellung des Septum pellucidum, kein reeler Befund. - Der rechte Seitenventrikel ist durchgehend plumper als der linke. Die Spitze des rechten Schmetterlingsflügels wirkt abgerundet. 3. Ventrikel unauffällig. Aqueduct und 4. Ventrikel nur angedeutet zu differenzieren. Basalzisternen ziemlich weit.

Fall 12: Wolf-Dieter F., 14 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater und Mutter gesund. - Zwei Schwestern gesund und unauffällig. Geordnete Verhältnisse, kultiviertes Milieu.

Entwicklung: Geburt dauerte lange und war schwierig. Kind wurde nur drei Wochen gestillt. Schwere Ernährungsstörung beim Abstillen, die über Monate anhielt und klinische Behandlung erforderlich machte. Kind war elend und wirkte greisenhaft. Erst mit 9 Monaten Erholung von seiner Störung. Damals fiel schon eine erhebliche Unruhe auf, so daß das Kind mit Luminal sediert werden mußte.

Laufen mit 1 Jahr, Sprechen mit 18 Monate. Frühzeitig bettsauber. Kind war immer sehr lebhaft.

Einschulung mit 6 Jahren. Das Lernen machte ihm zunächst keine Schwierigkeiten, er war aber von Anfang an sehr unruhig und störte dauernd den Unterricht. Auch zu Hause hatte er weder zum Arbeiten noch zum Spiel Geduld und Ruhe. Die schulischen Leistungen ließen rasch nach, die Unruhe dagegen steigerte sich immer mehr. Er zeigte dann eine Neigung zu schlechter Gesellschaft und schwänzte oft die Schule. Der Versuch eines Internatsbesuchs scheiterte: der Junge war bei der Aufnahme fahrig, aufgereggt und bestand die Prüfung nicht. Eine an-

dere Privatschule beanstandete sein störendes Benehmen im Unterricht und sein Bettnässen (dieses stellte sich dort ein), so daß der Junge von den Eltern auf ein Gymnasium geschickt wurde. Schon nach kurzer Zeit begannen sich die Lehrer über seine Betriebsamkeit und Unruhe im Unterricht zu beklagen. Auch waren seine Leistungen in den einzelnen Fächern unzureichend. Schließlich wurden Leistung und Führung als für die höhere Schule nicht ausreichend befunden.

Während der klinischen Beobachtung war Wolf-Dieter umtriebig, störte dauernd durch sein Dazwischenreden. Wenn auch höflich und wohlherzogen, konnte er es nie unterlassen, sich in jedes Gespräch einzumischen.

Psychisch: Unzählige Male am Tag hielt er Arzt und Schwestern an, fragte belanglose Dinge, streckte die Hand entgegen. Abends wollte er nie einschlafen, fand unzählige Vorwände, um nochmals aufzustehen. Ernsthaft ermahnt, zeigte er echte Reue, die aber nur zehn Minuten anhielt. Er verfiel sofort wieder in die alte Art. Niemals hatte man den Eindruck einer Böswilligkeit oder Ungezogenheit.

Bei den Tests fiel er durch schwerste Konzentrationsstörung auf, so daß die Kontinuität des Gedankenablaufs vielfach völlig zerrissen erschien.

Intelligenz durchschnittlich. Gute Kontaktbereitschaft.

Somatisch: Sehr schlanker Junge.

Starker Durst und vermehrtes Trinken (laut Angaben der Mutter).

Schädel; leichte Skoliose, sonst o.B.

Neurologisch o.B.

Encephalogramm: Der rechte Seitenventrikel ist durchgehend etwas weiter als links. Die Spitze der rechten Schmetterlingsfigur ist verplumpt, steht höher als die linke. - 3. Ventrikel ziemlich weit (größter Durchmesser 7 mm), an der oberen Grenze der Norm. - 4. Ventrikel unauffällig. Sonst keine Auffälligkeiten.

Fall 13: Heidemarie K., 12 Jahre alt.

Familienanamnese: Das Kind ist vorehelich geboren, der Kindsvater laut Schilderung der Mutter "kein wertvoller Charakter"; das Jugendamt deutete an, daß er delinquent gewesen sei. - Die Mutter sei gesund. - Der Stiefvater, Optiker, ist Hirnverletzter. - Ein vier Jahre jüngerer Bruder bietet keine Erziehungsschwierigkeiten.

Entwicklung: Schwere Geburt; Der Versuch einer Zangenentbindung scheiterte, daher Entbindung durch Sectio. In den ersten Jahren war das Kind in Heimen untergebracht, hat Laufen und Sprechen verspätet gelernt. Seit Verheiratung der Mutter lebt das Kind in der Familie. Beide Eltern arbeiten. Der Vater ist leicht reizbar und bestraft das Kind stets sehr streng. Das Kind war immer schon laut und lebhaft. In der Schule störte es den Unterricht und fiel durch seine frechen Antworten auf. Auch schwänzte Heidemarie die Schule. Trotz der guten schulischen Leistungen wurde den Eltern empfohlen, sie in einem Heim unterzubringen. Dort betrug sie sich unauffällig und lernte gut. Nach zwei Jahren erwirkten die Eltern ihre Rückkehr (die Mutter hat das Fürsorgerecht, während das Jugendamt Vormund ist). Schon nach kurzer Zeit bereitete sie wieder im Unterricht so ernste Schwierigkeiten, daß man sie zwei Jahre vor Schulabschluß entlassen wollte. Hauptsächlich an ihrer Umtriebigkeit und Frechheit wurde Anstoß genommen. Das Mädchen ist von einer nicht zu bändigenden Lebhaftigkeit: "Zehn Jungen sind an ihr verloren gegangen" äußert die Mutter.

Seit Jahren wackelt das Kind vor dem Einschlafen stundenlang mit dem Kopf. Zurechtgewiesen, stellt sie das Wackeln ein, fängt aber bald darauf wieder an.

Psychisch: Auch während der klinischen Beobachtung war das Kind umtriebig, stellte unzählige Fragen, mischte sich in jedes Gespräch ein, raufte sich mit anderen Kindern und tollte auf der Station wie ein Junge umher. Trotz der neuen Umgebung war sie völlig unbefangen und schien keine Hemmungen zu kennen. Die kleineren Kinder behandelte sie recht rücksichtslos, beinahe grob.

In ihren Angaben war sie zurückhaltend, erzählte jedoch, daß sie ihre Mutter lieber habe als den Vater, der sie nur bestrafe, für die kleinsten Vergehen mit dem Rohrstock schlage und den jüngeren Bruder bevorzuge. Auch langweile sie sich im Hort, und zu Hause hätten die Eltern nie Zeit für sie.

In der Pflege ihrer Kleidung und ihrer Sachen war sie sehr nachlässig. Vor dem Einschlafen wackelte sie ununterbrochen mit dem Kopf.

Intelligenz gut.

Motorik; fähig, eckig.

Somatisch: Sehr großes athletisch gebautes Mädchen. Noch keine sekundären Geschlechtsmerkmale, keine Menses. Dysharmonische Entwicklung.

Neurologisch ohne pathologischen Befund; keinerlei extrapyramidalen Symptome.

Encephalogramm: Beide Seitenventrikel sind durchgehend leicht, auch unter Berücksichtigung des Alters, symmetrisch verplumpt. Spitzen der Schmetterlingsfigur angedeutet abgerundet. Obere Begrenzung des rechten Schmetterlingsflügels verläuft etwas steiler. - Sonst keine Auffälligkeiten.

Besprechung der Gruppe II.

Die vorliegende Gruppe umfaßt drei Kinder im Schulalter. Alle drei zeichnen sich durch eine ganz ungewöhnliche motorische Umtriebigkeit aus, die anscheinend durch Verstand und Willensimpulse nicht zu zügeln ist. Es ist so, als ob sich diese Betriebsamkeit selbstständig habe und dem Betreffenden dauern Befehle zur Bewegung und zum Reden erteilte. Denn nie hat man den Eindruck von Böswilligkeit oder Ungezogenheit. Die Kinder zeigen auch bei Zurechtweisung stets echte Reue, doch scheint es nicht in ihrer Macht zu stehen, dem Bewegungsdrang Einhalt zu gebieten. Diese Art Betriebsamkeit hat nicht die Färbung des Einfallsreichtums, der Schlagfertigkeit, der vermehrten intellektuellen Wachsamkeit, kurzum, sie erinnert nicht an die Betriebsamkeit jener Hypomanischen, wie sie bei HOMBURGER geschildert sind (1926). Dies ist umso auffallender, als die zwei älteren Kinder - das 12-jährige Mädchen und der 14-jährige Junge - über eine gute intellektuelle Anlage verfügen. Die Fragen, mit denen sie das Personal ständig belästigen, sind vollkommen belanglos, die Streiche des Mädchens entbehren jeden Witzes. Diese Kinder wirken auch nicht besonders drollig oder amüsant, sondern störend, obwohl ihre Verfehlungen recht harmloser Natur sind: Es sind die Geschwätzigkeit, der ständige Bewegungsdrang, das Nicht-ruhig-sitzen-können, das Einnischen in fremde Gespräche. Wolf-Dieter (Fall 12) kann auch nicht einschlafen, spricht auch dann noch ununterbrochen und steht unzählige Male auf.

Wollte man diese drei Kinder jenem Schulkind der ersten Gruppe (Fall 9) gegenüberstellen, so verhalten sich die Bilder in gewisser Beziehung wie Positiv und Negativ. Dort Antriebschwäche, Impulsarmut, Mangel an normal-kindlicher motorischer Bewegungslust, hier Betriebsamkeit, die sich zur Umtriebigkeit steigert, motorische Unruhe und Impulsvermehrung. Doch scheinen hier die vermehrt erhaltenen Impulse keine produktive Umsetzung zu erfahren. Die Betriebsamkeit findet keine fruchtbare Gestaltung.

Reinhold P. (Fall 11) lernt sehr schlecht - wofür auch die unterdurchschnittliche Intelligenz anzuschuldigen ist - , wirkt fähig, faßt Spielsachen und Testmaterial ungeschickt an und kann sich nicht konzentrieren. - Wolf-Dieter Fa. (Fall 12) ist trotz durchschnittlicher Intelligenz zu keiner ausreichenden Schulleistung fähig, seine Konzentrationsstörungen nehmen ganz ungewöhnliche Ausmaße an; im Spiel läßt er die innere frohe Zuwendung eines gesunden Kindes vermissen. - Heidemarie K. (Fall 13) ist in der Schule trotz guter Intelligenz völlig untragbar, man will sie zwei Jahre vor Schulabschluß entlassen; im Spiel ist sie fähig und rücksichtslos gegen Kleinere und Schwächere. Phantasie und Einfall werden auch in ihrem Spiel vermißt. Einschränkend muß man sagen, daß bei Heidemarie auch das häusliche Milieu einen ungünstigen Einfluß auszuüben scheint.

Bezüglich ihrer Kontaktbereitschaft bieten diese drei Kinder keine einheitliche Verhaltensweise: Reinhold (Fall 11) traut sich keine Gemeinschaft mit Kindern zu und hält sich von ihnen fern; Wolf-Dieter (Fall 12) zeigt gute Kontaktbereitschaft; Heidemarie (Fall 13) hat äußerlich keine Kontaktschwierigkeiten, ist aber verschlossen und zu keiner tieferen Bindung bereit (Milieuschaden?). Beim erstgenannten Kind ist die Kontaktschwäche vornehmlich auf die charakterliche und geistige Retardierung zurückzuführen. Diese manifestiert sich aber auch in seiner kindlichen Einstellung zu Aufgaben, in seinem unbefangenen Herumräteln an den Antworten, in seiner Weinerlichkeit und Empfindsamkeit. Diese geistig - seelische Retardierung hat eine gewisse Entsprechung auch in der körperlichen Unterentwicklung, nämlich in einer Unterlänge von 5 cm. - Gewisse Retardierungszüge finden wir auch bei Wolf-Dieter (Fall 12): es fehlt ihm an altersangemessenem Ernst, Kritik- und Urteilsfähigkeit. - Bei Heidemarie (Fall 13) sind die Retardierungsmerkmale nicht so ausgeprägt, doch bietet sie körperlich deutliche Zeichen einer dysharmonischen Entwicklung. Bei einer gewissen Übergröße und athletischem Habitus finden sich noch keine Andeutungen einer Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale.

Bezüglich der Motorik finden sich grobe Auffälligkeiten bei Reinhold (Fall 11): Er ist extrem ungeschickt in allen Verrichtungen, fällt oft hin, seine Bewegungen sind schlecht koordiniert, der Tonus scheint auch bei kleineren Bewegungen inadäquat zu sein (blaues schmerzendes Gelenk beim Schreiben); hinzu kommt die sehr schlecht artikulierte Sprache.

Die Motorik von Wolf-Dieter (Fall 12) und Heidemarie (Fall 13) ist eckig und fähig; da sie sich aber beide in der Pubertät befinden, so steht ihnen dieser motorische Typus des Überschusses, der Dysharmonie gewissermaßen zu - von HOMBURGER (1923) als "plumper Bewegungsluxus und verschwenderischer Kraftaufwand", als typisch für die Entwicklungsjahre bei Männern beschrieben. Bei Heidemarie sind diese "männlichen Bewegungen" auffallend.

Zusammenfassend können wir bei dieser Gruppe von drei Schulkindern folgende kennzeichnende Züge feststellen: Extreme Betriebsamkeit, motorische Unruhe,

ungewollte Distanzlosigkeit bei recht ausgeglichener Grundstimmung und Fehlen von brüskten Affektschwankungen.

An allgemeineren Zügen konnten wir - wie auch an Fällen der I. Gruppe - einige Retardierungsmerkmale beobachten: Verspieltheit, Mangel an altersgemäßem Ernst und Zuwendung, Urteils- und Kritischschwäche, im Fall 11 auch Kontaktschwäche.

Die encephalographischen Befunde sind in Tabelle 2 zusammengefaßt:

Tabelle 2 : Gruppe II, Encephalographische Befunde.

Fall	Seitenventrikel		3. Ventrikel	Sonstiges
	rechts	links		
11	durchgehend plumper als li; Spitze *) abgerundet	-	-	Basalzisternen ziemlich weit
12	durchgehend weiter als li; Spitze *) plump, steht höher als li	-	Ø 7 mm ziemlich weit	-
13	durchgehend leicht verplumpt	durchgehend leicht verplumpt	-	symmetrisches Bild

*) gemeint ist die Spitze des Schmetterlingsflügels

Die Auffälligkeiten betreffen - ähnlich wie in Gruppe I - die Seitenventrikel. Gleichmaßen sind die Veränderungen geringgradig. Die psychischen Abnormitäten sind aber in gewisser Hinsicht konträr: Dort Antriebsschwäche, Aspontaneität, Mangel an Bewegungsfreudigkeit, hier Betriebsamkeit, motorische Unruhe, Impulsvermehrung. Die Störungen scheinen aber im gleichen Bereich zu liegen: Dort ein Zuwenig an Antrieb, hier ein Zuviel bei untereinander ähnlichen encephalographischen Befunden.

Auch seitens der Motorik verhalten sich die Vertreter beider Gruppen gerade entgegengesetzt: Während die Dysphoriker als bewegungsarm, starr in der Haltung, karg im Ausdruck, ja vielfach mutistisch imponieren, können die Umtriebigen den Bewegungsdrang kaum bändigen, rutschen hin und her, baumeln mit den Füßen, drehen und schleudern mit den unbeschäftigten Händen, schwatzen immerzu und vermögen auf Zurechtweisung hin nur für Augenblicke still zu halten.

Man kann nicht umhin, in beiden Varianten einen leisen Anklang an die beiden häufigsten Formen der Extrapyramidalen Störungen zu finden. Die erste erinnert an das hypokinetisch- hypertonische Syndrom bei Unterwertigkeit des pallidären Systems (Parkinsonismus), die zweite an das hyperkinetisch-hypotonische Syndrom bei Unzulänglichkeit des Striatums (s.Seite 6). Ähnliche Darlegungen bezüglich des Überwiegens einer der beiden antagonistischen Formationen auf bestimmten Altersstufen finden wir bei HOMBURGER (1923); KRETSCHMER (1956) hingegen geht einen Schritt weiter. Er deutet die Existenz der genannten Typen in ihrer leichtesten, noch nicht grob pathologischen Form als Haltungs- und Bewegungsvarianten, die mehr den Psychiater als den Neurologen beschäftigen müßten. Bei den Umtriebigen spricht er von "choreiformer Nervosität". Der neue Gesichtspunkt in unseren diesbezüglichen Ausführungen ist der frühkindliche Hirnschaden.

Diese Besprechung abschließend möchten wir darauf hinweisen, daß bei umtriebigen, rastlosen, ewig schwatzenden Kindern an die Möglichkeit eines frühkindlichen Hirnschadens gedacht werden muß. Wir glauben, daß auch bei diesen Kindern eine motorische Behandlung beruhigend und ausgleichend einwirken könnte.

III. Die Triebenthemmten, Triebunsicheren, Triebverirrten.

Fall 14: Rainer H., 12 Jahre alt.

Familienanamnese: Beide Eltern gesund; Vater ist Maurer, auch die Mutter arbeitet ganztätig. - Rainer ist ein Nachkömmling. Seine beiden Geschwister sind 28 bzw. 30 Jahre alt, verheiratet und haben auch wieder Kinder. Alle sind gesund und unauffällig. - Auch in der weiteren Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Schwangerschaft und Geburt verliefen normal.

Geburtsgewicht 8 000 g. Laufen und Sprechen frühzeitig, war auch mit wenigen Monaten sauber. Im Alter von 8 - 10 Jahren ist einige Male Enuresis nocturna aufgetreten. In den ersten 3 - 4 Jahren angeblich "Zahnkrämpfe", die später ohne Behandlung sistierten.

Einschulung zur rechten Zeit, gute schulische Leistungen. Mit 7 Jahren begann der Junge die Schule zu schwänzen und herumzustreunen. Er ging morgens weg, stellte den Ranzen irgendwo ab und schlenderte stundenlang durch die Straßen, kehrte am Abend zunächst aber noch nach Hause zurück (beide Eltern sind berufstätig).

Mit der Zeit blieb er auch über Nacht weg, späterhin mehrere Tage hintereinander. Er schlief in Nischen und Hausfluren, aß in Schnellgaststätten und wusch sich auf Kinotoiletten. Das Geld für seine "Ausflüge" holte er bei seinen Eltern oder bei Bekannten und Verwandten, hier unter Angabe, die Eltern hätten ihn geschickt. Aus einem solchen Anlaß holte er einmal den Lohn seines Vaters bei der Stadtverwaltung ab, er wurde ihm auch anstandslos ausgehändigt. Der Kriminalpolizei wurde sein Wegbleiben bis zu zwanzigmal gemeldet, doch nie wurde er aufgefangen. Zuletzt nahm das Herumstreunen solche Ausmaße an, daß er zu Hause nur noch gelegentlich "zu Gastspielen" erschien. Die Versetzung von der 6. Klasse wurde in der Schule fraglich.

Während der klinischen Beobachtung verhielt sich Rainer unauffällig. Er war höflich, freundlich, sprach jedoch nicht sehr gern über seine Verfehlungen. Er vertrug sich gut mit allen Kindern, hatte zu diesen aber keinen näheren Kontakt - eine Beobachtung, die sich mit seinem Verhalten in der Schule deckt -, auch dort sei er Einzelgänger gewesen.

Auf wiederholtes Befragen nach der Ursache seines steten Davonlaufens, gab er an, eigentlich nicht recht zu wissen, was ihn dazu treibe. Es käme einfach über ihn. Allerdings gibt er auch zu, Geld im voraus zu organisieren. Er versucht auch, sein Alleinsein tagsüber anzuschuldigen. Doch kam es auch einmal vor, daß er in Anwesenheit des Vaters, unter dem Vorwand, rasch etwas zu kaufen, entlief.

Psychisch: Stimmungsmäßig ausgeglichen, höflich, verschlossen, wenig kontaktbereit, obschon verträglich. Keineswegs gemütskalt, aber doch wenig anlehnungsbedürftig. Gute Intelligenz.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Hyperopie und Astigmatismus. - Schädel: einige Impressiones digitatae im temporo-occipitalen Bereich. Relativ kleine vordere Schädelgrube. Sella tief oval. Sonst keine Auffälligkeiten.

Encephalogramm: Ventrikelsystem mittelständig. Der rechte Seitenventrikel ist in seinen vorderen Abschnitten deutlich plumper als der linke. Die Spitze des rechten Schmetterlingsflügels steht etwas höher, ist auch stärker abgerundet (größter Durchmesser 9 mm). Basalzisterne für das Alter etwas weit.

Fall 15: Dietmar R., 13 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater im Kriege Leutnant, jetzt Maurer, Kriegsverletzter. - Mutter gesund. - Fünf jüngere Geschwister gesund und unauffällig.

Entwicklung: Normale Geburt, Geburtsgewicht 5 000 g. Laufen mit zehn Monaten.

Sprechen mit zwei Jahren gelernt. Frühzeitig bettsauber. - Als Kind Masern und Appendectomie. Einschulung mit 6 Jahren. Bis zum frühen Schulalter Erziehung bei den Großeltern, anschließend bei den eigenen Eltern. Schon im 2. Schuljahr begann Dietmar hartnäckig die Schule zu schwänzen. Zunächst wurden die Schulkameraden angeschuldigt, die den Neuankömmling heftig verprügelt hatten, so daß er Angst vor dem Schulbesuch bekam. Später wurde das Schulschwänzen zur Gewohnheit. Fürsorger und Polizisten brachten den Jungen in die Schule, doch riß er ihnen mit erstaunlicher Geschicklichkeit unterwegs aus. Ein Anwesenheitsbuch wurde eingeführt ohne Erfolg. Die Mutter versuchte ihn täglich zu begleiten, auch das hatte keinen Sinn. Er streunte mit bestimmten Kameraden in der Stadt umher; einer von ihnen, ein 3 Jahre älterer Junge, verleitete Dietmar wiederholt zu Diebstählen, zumeist in Geschäften. -

Er blieb auch in der Nacht von Hause fort, übernachtete in einer Höhle und stahl sich etwas Essbares. Die härtesten Strafmaßnahmen des Vaters halfen nichts: das Herumstreunen hielt an, die Vergehen wurden ernster und gefährlicher. Mit anderen Jungen stahl er einmal ein Pferd und wollte es weiterverkaufen. Von der Polizei dabei ertappt, sollte er in ein Fürsorgeerziehungsheim eingewiesen werden. Während der provisorischen Unterbringung in einem Vorasyl führte er sich "wie ein Wilder" auf, schrie ununterbrochen, schlug um sich und demolierte das Inventar, so daß man ihn von dort nach Hause schickte.

Verschiedene Male wurde er in Erziehungsheimen untergebracht, entlief von dort immer wieder innerhalb kürzester Zeit. Meist kehrte er dann nicht nach Hause zurück, sondern streunte herum, schlief in öffentlichen Gartenhäuschen oder auf freiem Feld. Während der Einweisungsaktionen in jeden Heime arrangierte er mit anderen Jungen zwei Einbrüche in ein Lebensmittelgeschäft. Auch stahl er in einem Bad eine Geldbörse aus der Aktentasche eines Badegastes, ein anderes Mal verleitete er hierzu seine 9 Jahre jüngere Schwester. Vom Vater dafür "halbtot geprügelt" ließ er sich doch nicht beeindrucken. In den letzten Monaten vor der Klinikeinweisung kam er nur noch gelegentlich nach Hause und ging nur in die Schule, wenn es ihm paßte.

In der Klinik machte der Junge an sich einen sehr sympathischen Eindruck. Er war höflich, verstand es ausgezeichnet, sich auf den Gesprächspartner einzustellen. Durch Pflege und Betreuung kleinerer Kinder machte er sich auf der Station nützlich und gewann so in kurzer Zeit die Herzen aller. Nur anfänglich unternahm er einen Fluchtversuch, später dagegen lebte er sich gut ein und kehrte von seinen Gängen immer pünktlich zurück. Wegen seiner Vergehen zur Rede gestellt, machte er einen reuigen Eindruck, der aber nur kurze anhielt. Er gewann gute Laune und vergnügte Haltung rasch wieder. An die anderen Kinder fand er leicht Anschluß, es wurde auch beobachtet, wie herzlich sein Verhältnis zu den eigenen Geschwistern ist.

In wiederholten psychagogischen Aussprachen schuldigte Dietmar den schlechten Einfluß anderer Jungen auf ihn an und bat um Versetzung in eine andere Schule, um der Umgebung zu entkommen.

Psychisch: Stimmung heiter bis ausgeglichen, Antrieb adäquat; weich, gemütmäßig gut ansprechbar, aber auch verleitbar, jedem Einfluß zugänglich.

IQ mit 109 einem guten Durchschnitt entsprechend. Durch den Rorschach wurde ein gewisser Eigensinn, Mangel an Anpassungsfähigkeit und Haltlosigkeit aufgedeckt. Auch konnte man hierdurch den Eindruck gewinnen, daß er mehr an Strafangst als an einer Gewissensangst leidet.

Motorisch: geschickt.

Somatisch: Gemischt athletisch-asthenischer Habitus.

Sekundäre Geschlechtsmerkmale adäquat entwickelt. Schädel: auffallend ist die ungewöhnliche flache Basisknickung, so daß die vordere Schädeldgrube wie der Clivus verläuft (durch Kontrolle erhärtet).

Encephalogramm: Ventrikelsystem mittelständig, sicher pathologisch erweitert.

Die Seitenventrikel sind etwas symmetrisch verplumpt und zeigen deutliche Abrundung der Spitzen der Schmetterlingsfigur. Der 3. Ventrikel ist stark birnenförmig erweitert und zeigt einen schwanzartigen, langen und breiten Recessus suprapinealis. - Aquaeduct und 4. Ventrikel ohne Auffälligkeiten. Basalzisternen im pontinen Anteil auffallend weit.

Fall 16: Heinz-Joseph K., 12 Jahre alt.

Familienanamnese: Onkel mütterlicherseits an "Krämpfen" gestorben. - Mutter (Linkshänderin) gesund, Vater im Krieg gefallen. - Eine 19-jährige Halbschwester soll triebhaft und asozial sein, lebt von der Mutter getrennt.

Entwicklung: Schwangerschaft und Geburt normal, Geburtsgewicht 5 000 g. Der Säugling schrie zwar viel, hat sich aber normal entwickelt. Laufen mit 13 Monaten, Sprechen mit 18 Monaten, bettsauber mit 2 1/2 Jahren.

Einschulung im Alter von 6 Jahren. Bereits im ersten Jahr bereitete der Junge Erziehungsschwierigkeiten: er kam unpünktlich zum Unterricht, vernachlässigte die Schulaufgaben und wurde durch kleinere Diebstähle auffällig. Er gehorchte kaum, und die Mutter konnte kaum mit ihm fertig werden. Auf Empfehlung des Jugendamtes kam er in ein Erziehungsheim, wo er als Meßdiener angelernt werden sollte. Er nahm diese Gelegenheit wahr, um den Opferstock zu leeren.

Zur Mutter zurückgekehrt, begann er erneut, die Schule zu schwänzen. Er gab allerdings vor, von den Jungen und auch vom Lehrer wegen seiner Fettleibigkeit - er leidet seit Kind an einer erheblichen Adipositas - gehänselt zu

werden. Zuweilen ging er zu den Arbeitgebern der Mutter, die in verschiedenen Haushalten als Putzfrau aushalf, und besorgte sich unter unwahren Angaben dort Geldbeträge zwischen 10.- und 20.- DM. Das Geld gab er mit Freunden für Kino und Süßigkeiten aus. Seit dem 9. Lebensjahr besteht eine Enkopresis, auch will sich der Junge gar nicht mehr waschen.

Während der klinischen Beobachtung fiel als erstes sein kindliches Verhalten auf. Als ihm die Mutter erklärte, er müsse nun dableiben, sie ginge fort, heulte er zunächst wie am Spieß, um sich binnen kurzer Zeit zu beruhigen und mit der Tatsache völlig abzufinden. Auch erzählte die Fürsorgerin, daß er sich zu Hause aus Angst vor der Klinik drei Tage im Keller aufhielt, dort auch schlief, damit man ihn nicht holen konnte.

Seine Kontaktbereitschaft war gut, und er freundete sich auf der Station rasch an. Sehr nett war sein Verhalten gegenüber kleineren und schutzbedürftigen Kindern. Bald erkannte er, daß es Kinder gibt, die viel üblere körperliche Mängel haben als er und daß hier keiner deswegen geneckt und gequält wird. Dies äußerte er auch in netter Form und mit adäquatem Affekt.

Vor der Encephalographie trat noch einmal seine kindische, gar nicht altersgemäße Ängstlichkeit zutage: er entlief zweimal und kletterte auf das Dach des benachbarten Hauses.

Anläßlich vieler Testuntersuchungen zeigte sich immer wieder seine mangelnde Ausdauer bei den Aufgaben und das rasche Nachlassen der Spannkraft.

Psychisch: Stimmung heiter und ausgeglichen, gute gemütsmäßige Ansprechbarkeit, gute Kontaktbereitschaft. In den Tests deutliche Symptome von Aggression und erheblicher Angst. Geringe Zuwendung gegenüber gestellten Aufgaben, keine altersgemäße Arbeitshaltung, rasches Nachlassen der Spannkraft. Der Kurvenverlauf im Pauli-Test wies ganz außergewöhnliche Leistungsschwankungen auf.

Gute Intelligenz, die jedoch nicht zweckmäßig gesteuert und eingesetzt werden kann.

Motorik: nicht ungeschickt.

Somatisch: Erhebliche Adipositas mit Übergewicht von 19,7 kg bei acceleriertem Wachstum mit Überlänge von 7 cm. Blutdruck schwankend, zuweilen Werte von 150/100 RR.

Schädel: Sella im Bereich der Norm. Die Schädelnähte wirken wie die eines Erwachsenen.

Encephalogramm: Ventrikelsystem mittelständig. Der linke Seitenventrikel erscheint in seinen vorderen Abschnitten weiter als der rechte. - 3. Ventrikel mittelständig, birnenförmig erweitert, größter Durchmesser 9 mm. Die vorderen Abschnitte des 3. Ventrikels zeigen keine umschriebenen Veränderungen. Sonst keine Auffälligkeiten.

Fall 17: Roswita E., 10 Jahre alt.

Familienanamnese: Uneheliches Kind, Vater kriegsbeschädigt, sonst aber gesund. Mutter gesund, doch reizbar und wenig belastungsfähig. - Zwei Halbgeschwister gesund und unauffällig. - Der Stiefvater ist dem schwierigen Stifkind gegenüber verständnisvoll und gütig.

Entwicklung: Während der Schwangerschaft starke Hyperemesis mit erheblicher Reduzierung des körperlichen Zustandes. Geburtsgewicht 2 500 g. Im ersten Lebensmonat erbrach das Kind dauernd, litt an Ernährungsstörungen und machte als Säugling Keuchhusten, Windpocken und eine schwere Rachitis durch, nach deren Rückbildung - mit 18 Monaten - das Kind laufen lernte. Sprechen erst mit 4 Jahren gelernt.

Von der Einschulung um ein Jahr wegen Schwächlichkeit und dauernder Erkältungen zurückgestellt. Aber auch mit 7 Jahre konnte das Kind im 1. Schuljahr nicht versetzt werden, wurde in die Hilfsschule geschickt, wo es dann gut mitkam.

Seit dem 6. Lebensjahr bereitet Roswita erhebliche Erziehungsschwierigkeiten: Immer wieder begeht sie kleinere Diebstähle. Die gestohlenen Dinge - meist Süßigkeiten und Früchte, die sie aus Läden entwendet - verschenkt sie an ihre Geschwister oder wirft sie fort. Ein Geschäftsmann soll beachtet haben, wie sie gestohlene Kekse in den Schmutz warf und zertrampelte. Gelegentlich entwendet sie der Mutter auch kleinere Geldbeträge aus der Geldbörse. Strenge Strafmaßnahmen - die Mutter schlug sie, bis sie blaue Flecken bekam - haben bisher nicht genützt. Das Mädchen erfindet häufig glaubhafte Geschichten, wie sie zu den gestohlenen Gegenständen kommt. Und sie erzählt diese mit vielen Details bei freudestrahlendem Gesichtsausdruck.

Während der klinischen Beobachtung berichtete das Kind, nachdem es sich eingewöhnt hatte, daß es sich durch den Besuch der Hilfsschule sehr zurückge-

setzt fühle und alle beneide, die die übliche Schule besuchen dürfen. Sie habe auch den Vater viel lieber als die Mutter, die mit ihr stets schimpfe. Sie stehle stets mit der Absicht, die anderen zu schädigen und ärmer zu machen.

Zunächst geneigt, die Auffälligkeiten des Kindes dem ungünstigen Milieu und den situativen Schwierigkeiten zuzuschreiben, überzeugten wir uns während der Überwachung davon, daß das Kind auch unter freundlich neutralen Verhältnissen einer Kinderstation ebenfalls häufig auffällig wurde: sie entwendete den Kameradinnen gelegentlich kleinere Gebrauchsgegenstände, ohne später das Vergehen gestehen zu wollen: sie schloß sich mit anderen Mädchen zur Ausführung kleinerer heimtückischer Streiche zusammen und lächelte nur scheinheilig, wenn sie zur Rede gestellt wurde; ohne irgendeinen ersichtlichen Grund verprügelte sie ein epileptisches Kind, das nach einem Anfall schlief, und gab vor, von anderen Kindern dazu angestiftet worden zu sein; sie imitierte nocturnale Handlungen eines anderen Mädchens, indem es sich nachts mit einem Brotmesser einem schlafenden Kinde näherte. Auch der von ihr hierzu geschilderte Traum ähnelte in allen Einzelheiten dem Traum des nocturnalen Mädchens. Auffallend war auch Roswitas Eitelkeit: mit großer Sorgfalt und Ausdauer verstand sie Lockenwickler zu benutzen.

Psychisch: Anfangs ängstlich, verschlossen, beinahe verstockt; nach Eingewöhnung vorlaut, zu kleinen heimtückischen Streichen neigend, nicht immer aufrichtig, oft rücksichtslos gegen kleinere und schwächere Kinder, ausgesprochen geltungsbedürftig und eitel. Retardiert.

Intelligenzmäßig geringgradig minderbegabt.

Motorik: nicht ungeschickt.

Somatisch: körperlich altersgemäß entwickelt.

Encephalogramm: keine pathologischen Veränderungen.

Fall 18: Norbert B., 16 Jahre alt.

Familienanamnese: In der Ascendenz keine Geisteskrankheiten. Eltern gesund, intelligent, fleißig und rührig (eigenes Geschäft). - Vier Geschwister, von denen die beiden jüngeren unauffällig sind. - Der ältere Bruder hat mehrfach Geld unterschlagen, die ältere Schwester wurde wegen kleinerer Diebstähle von der Schule gewiesen.

Entwicklung: Während der Schwangerschaft fühlte sich die Mutter elend, hatte mehrfach Blutungen, die aber beherrscht werden konnte. Geburtsgewicht 2 500 g. In den ersten Lebensmonaten schwerste Ernährungsstörungen, mit 7 Monaten erst ein Gewicht von 5 000 g. Laufen mit 1 1/2 Jahren, Sprechen erst mit 3 Jahren. Enuresis bis zum 8. Lebensjahr, vorwiegend, wenn sich der Junge geärgert hatte.

Einschulung mit 6 Jahren, schulische Leistungen waren stets zufriedenstellend. Der Junge hatte besonders gute rechnerische Fähigkeiten. Seine Führung dagegen war weniger lobenswert. Mit 12 Jahren verbot er z.B. seinen Klassenkameraden im Religionsunterricht zu singen, und der Pfarrer stand vor einer schweigenden Klasse. Mit viel Mühe erlangten Norberts Eltern die Wiedenzulassung zum Religionsunterricht. - Mit der Zeit suchte sich der Junge seine Gesellschaft vorwiegend im asozialen Milieu unter jüngeren unbeaufsichtigten Kindern. Er führte das große Wort und flüchtete sich zu dieser Gesellschaft, wenn zu Hause Schwierigkeiten auftraten. Zusammen mit diesen Jungen schwänzte er die Lehrstelle, um tagelang Fußball zu spielen oder sich die Zeit sonstwie zu vertreiben. Um ihnen seinen Mut zu beweisen, nahm er einmal 20 Schlaftabletten; ein anderes Mal wollte er 50 Kapseln Nitrolingual schlucken, was jedoch noch verhindert werden konnte.

Die Vernachlässigung der Berufsschule brachte ihm eine sehr peinliche Zurechtweisung ein, so daß er beschloß, sie nie mehr zu besuchen. Aber auch nach Hause kehrte er nicht mehr zurück. So streunte er 11 Tage in der Stadt umher, schlief an Geländern, aß fast nichts. Die Kriminalpolizei wurde alarmiert, fand ihn aber nicht. Schließlich traf er seinen ältesten Bruder, der ihn nach Hause brachte.

Drei Lehrstellen verließ er schon nach kurzer Zeit ohne Bedauern: entweder er brach einen Streit vom Zaun, oder er spielte Karten während der Arbeitszeit, oder es war ihm überhaupt zu langweilig und nicht erstrebenswert.

Direkte Diebstähle kamen nicht vor. Doch glaubte er, Anspruch auf Geld zu haben und nahm es sich entweder aus dem mütterlichen Portemonnaie oder ließ sich welches von Verwandten geben, denen er sagte, die Eltern hätten ihn geschickt. - In den letzten Jahren stellte sich eine besondere Vorliebe für Coca-Cola ein, wovon er täglich bis zu 10 Flaschen trinken konnte. Mahnungen und Bitten der Eltern nützten nichts, auch ein Herzanfall der Mutter anlässlich eines Diebstahl machte auf ihn keinen Eindruck. Seinen Geschwistern gegenüber ist er völlig gleichgültig.

In der Klinik versuchte Norbert sofort, sich als Anführer bei den Kindern aufzuspielen, indem er 6- bis 8-Jährige um sich scharte und dem Pflegepersonal heimtückische Streiche zu spielen versuchte. Als die Kleineren, zur Rede gestellt, die Zusammenhänge ausplauderten, geriet er in Wut und verprügelte sie. Er schlug Kinder - kleinere und kranke - auch aus geringen Anlässen. Einmal beobachtete er, wie Kinder ein Steckdose abmontierten, so daß die Leitung freilag. Seine Äußerung dazu: "Sollen die nur einen Schlag kriegen, mich geht das nichts an, ich bin nicht zum Aufpassen da." Er fand überall dort guten Kontakt, wo er etwas gelten konnte. So befreundete er sich mit einem sehr primitiven Krankenpfleger, mit dem er Karten spielte. Er gewann auch die Sympathie eines Putzmädchens, das ihm 30-Pfennig-Romane besorgte. Neben seinem Geltungsbedürfnis war besonders seine Eitelkeit auffällig. Er stand gern vor dem Spiegel, achtete sehr auf seine übertrieben gepflegte Frisur und hielt sich beim Bücken den Kopf, damit das Haar nicht durcheinander geriet.

Psychisch: Emotional recht stumpf, wenig schwingungsfähig, Stimmung neutral, zuweilen mißmutig; betriebsam aber nicht untriebig, auffallend geltungsbedürftig, eitel; gemütsarm. Gewandtes Auftreten. - Im Rorschach Phantasiearmut. Intelligenz bei einem IQ von 113 gut.

Motorik: geschickt.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Kyphoskoliose der BWS. Schädel: Im ap-Bild ist die rechte Schädelskalotte kleiner als die linke, vor allem steht das rechte Felsenbein höher. Stirnhöhlen für das Alter stark ausgeprägt. Rechts ist die Bulla orbitae etwas weiter, die Christa galli steht aber gerade. Hängende Sella im Verhältnis zum Planum sphenoidale, doch reicht das Dorsum etwa bis in die Höhe des Tuberc. sellae. Die linke Kieferhöhle erscheint etwas verschmälert.

Der Schädelbefund ist schon verdächtig auf Entwicklungsstörung.

Encephalogramm: Ventrikelsystem mittelständig. Beide Seitenventrikel sind mit Betonung des linken durchgehend verplumpt, Spitze der Schmetterlingsfigur rechts mäßig, links stark abgerundet. Die Erweiterung des linken Seitenventrikels betrifft insbesondere auch den Trigunumabschnitt. - 3. Ventrikel nicht erweitert. Luft in der Cisterna lamina terminalis. Nur geringe, seitengleiche Subarachnoidalfüllung. - Hinratrophie, frühkindlicher Hirnschaden.

Fall 19: Brigitte J., 20 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater, selbständiger Kaufmann, ist mehrfach vorbestraft, machte betrügerischen Bankrott. Er wird als reizbar, jähzornig und wenig wahrheitsliebend geschildert. - Mutter gesund. - Vier Geschwister gesund und unauffällig. - In der Familie Geisteskrankheiten nicht bekannt.

Entwicklung: Geburt und frühkindliche Entwicklung normal. Das Mädchen neigte von Klein auf zu Trotzreaktionen, wilden Schreiausbrüchen, unherrschem Naschen, Lügen und kleinen Diebstählen - zunächst zu Hause und bei den Geschwistern. Einschulung mit 6 Jahren, schulische Leistungen zufriedenstellend. Aus familiären Gründen häufiger Schulwechsel, aber auch hartnäckige Diebstähle - meist bei Schulkameraden - bereiteten Schwierigkeiten. Aus einem Pensionat wurde sie aus diesen Gründen rasch entfernt. Frühzeitig kümmerte sich das Jugendamt um das Mädchen und versuchte sie dem wenig zuträglichen häuslichen Milieu zu entziehen und in Privatfamilien unterzubringen. Diese Versuche scheiterten jeweils, da das Mädchen durch Lügen, Naschen und Stehlen auffällig wurde.

In einem eleganten Modehaus begann sie eine Lehre, da sie hierzu durch ihr gewandtes, sicheres Auftreten besonders geeignet erschien. In der ersten Zeit war man dort mit ihr zufrieden, lobte ihre geschickte Arbeit und ihr rasches Fassungsvermögen, doch bemerkte man auch rasch ihre Unehrlichkeit. Abgesehen von kleineren Diebstählen, fälschte sie wiederholt Kassenzettel und kassierte unbeauftragt von Kunden Beträge, die sie mit falschem Namen quittierte. Dort entlassen, versuchte sie es mit anderen Modehäusern, doch machte sie in gleicher Weise ihre Stellung untragbar. - Obendrein begann bei ihr schon ein besonderes Interesse für junge Männer. Mit 15 Jahren blieb sie nächtelang von Hause fort. Wieder mußte sich das Jugendamt einschalten und erwirkte eine stationäre Beobachtung - es wurden schon damals erhebliche encephalographische Veränderungen festgestellt - und leitete eine Fürsorgeerziehung in die Wege.

Zwei Jahre verbrachte sie in einem Erziehungsheim; sie fügte sich leidlich ein und wurde nicht rückfällig. Nach ihrer Rückkehr war sie an zwei Arbeitsstellen über etwa zwei Jahre für die Gemeinschaft tragbar und nicht grob auffällig. Dann verfiel sie aber wieder in ihre alten Fehler, begann wieder lau-

fend zu lügen, zu stehlen und Unfrieden auf den Arbeitsstellen zu stiften. Wegen der Diebstähle wurde sie nach kurzer Zeit offensichtlich entlassen, allerdings mit Bedauern der Arbeitgeber, da ihre Leistungen zufriedenstellend waren. Die Eltern kamen für die entstandenen Schäden auf, das Mädchen kam mit einer polizeilichen Verwarnung davon. Bezeichnend für ihre Verhaltensweise ist der Vorfall, der zu einem Strafverfahren führte: Sie besorgte sich selbst eine Stelle als Sprechstundenhilfe. Zu Hause schämte sie sich, ihren wahren, in der Tat geringen Verdienst, anzugeben. So nannte sie einen viel höheren Betrag. Als ihre Arbeitgeberin sie mit der Bezahlung von Rechnungen beauftragte, benützte sie die Gelegenheit und machte aus einem 2-stelligen einen 3-stelligen Betrag, wodurch sie 200.- DM erlangte. Sie brachte das Geld stolz nach Hause und übergab es der Mutter als "Gehalt" und "Prämie für Sonderleistungen". In der Praxis entwendete sie bei Gelegenheiten andere Wertobjekte und bestahl Patienten, so daß sich der Schaden auf 600.- DM belief. Sie verbrauchte das Geld für Illustrierte, Kino und Näschereien. Wegen des angestregten Strafverfahrens kam Brigitte zur Begutachtung in die Klinik.

Sie machte zunächst - wie auch anlässlich ihrer ersten stationären Beobachtung - einen äußerst günstigen Eindruck. Äußerlich sauber und gepflegt, in der Kleidung sorgfältig, im Umgang höflich und zuvorkommend, gewann sie große Sympathien beim Pflegepersonal. Auch bei der Arbeit auf der Station war sie fix, geschickt und anständig. Hinsichtlich ihrer Vergehen verstand sie es immer wieder Reue zu zeigen und die Umgebung um Unterstützung im Kampf gegen sich selbst zu bitten. - Bald jedoch zeigten sich auch ungünstige Züge: sie klatschte über das Personal, stiftete dadurch unter den Patienten Unruhe. Obgleich sie angeblich verlobt war, nahm sie Verbindung zu einem Eheanbahnungsinstitut auf. Zur Rede gestellt, bagatellierte sie ihre Absichten und stellte sie als Zeitvertreib hin. - Ungeachtet des schwebenden Strafverfahrens interessierte sie sich für Nichtigkeiten, kaufte Illustrierte und Näschereien und schien den Ernst der eigenen Fehler nicht erfaßt zu haben. Den Höhepunkt ihrer Dreistigkeit bildete die Flucht aus der Klinik, aus deren Anlaß sie eine Arbeitsstelle antrat, den Arbeitgeber bestahl, mit dem Geld ins Kino ging und die Nacht bei einem persischen Studenten zubrachte, dem sie dann noch seine Armbanduhr entwendete; - all dies innerhalb weniger Stunden und angesichts des schwebenden Strafverfahrens !

Psychisch: Stimmung heiter bis ausgeglichen, Antrieb adäquat bis vermehrt, gewandtes Auftreten, gepflegtes Äußeres. Extrem starker Geltungsdrang, Haltlosigkeit und Triebhaftigkeit, die trotz guter Verstandesanlagen nicht beherrscht werden; immer noch erhebliche Abhängigkeit von der elterlichen Autorität, die altersgemäße innere Ablösung noch nicht vollzogen; seelisch-sittlich erheblich retardiert.

Intelligenz einem guten Durchschnitt entsprechend. Interessante Details: beste Leistung im Zahlennachsprechen = Merkfähigkeit, desgl. im Zahlensymboltest = Anpassung, während die Erfassung von Situationen und das logische Denken (Gemeinsamkeitsfinden) bedeutend nachhinken. - Ihre sonst gute Arbeitsleistung ist durch gelegentliches Nachlassen der Spannkraft mit vegetativen Begleiterscheinungen und damit verbundenem Versagen gekennzeichnet, was sich in der Testsituation deutlich bemerkbar macht.

Motorik: geschickt.

Somatisch: Leicht dysplastischer Habitus.

Neurologisch: Septum senkrecht ausgerichtet, etwas links von der Mittellinie stehend. - Beide Seitenventrikel erweitert, der rechte weit stärker als der linke, wobei die normalen Formen aber erhalten sind, keine Ausbuchtungen, keine Aussparungen. - 3. Ventrikel schlecht zu beurteilen, desgl. auch 4. Ventrikel. - Oberflächliche Liquorräume rechts gefüllt und erweitert, wobei die Oberflächenzeichnung aber normal erscheint. Links keine Oberflächenzeichnung. - Ausweitung des rechten Seitenventrikels vermutlich gleichzeitig mit Erweiterung der oberflächlichen Liquorräume rechts.

Fall 20: Elfriede Sch., 12 1/2 Jahre alt.

Familienanamnese: In der Ascendenz väterlicherseits mehrfach Schizophrenie und viele abnorm strukturierte Persönlichkeiten. Alle Geschwister des Vaters, wie auch er selbst, litten in der Kindheit an Krämpfen. - Mütterlicherseits Belastung durch eine Tante mit Epilepsie und Myopie. - Zwei Schwestern; eine von ihnen - wie auch Elfriede - hat eine angeborene Herzmißbildung. Elfriede leidet auch an maligner Myopie.

Entwicklung: Schwangerschaft und Geburt normal. Laufen mit 8 Monaten. Sprechen schon vor dem 1. Lebensjahr. Bis zum 12. Lebensjahr noch nicht ganz sauber gewesen; zwar keine Enkopresis seit einigen Jahren, aber 4 - 5 mal im Monat Enuresis, unabhängig von äußeren Erlebnissen.

Als Kleinkind Masern und Keuchhusten; mit 2 1/2 Jahren Hilusdrüsentuberkulose, die mit 5 Jahren zum Abheilen kam.

Vater kam aus dem Krieg zurück, als Elfriede 4 1/2 Jahre alt war, sie lehnte ihn hartnäckig ab. Kurz darauf kam ihr 2. Schwesterchen zur Welt, auf das sie hochgradig eifersüchtig wurde. Sie drohte, dem Kind ein Messer ins Bettchen zu legen, damit es an den Verletzungen sterbe. Auch schnitt sie ihm einmal mit dem Messer ins Ohr hinein.

Mit 5 Jahren sprang sie in einen Kessel kochenden Wassers und zog sich dabei Verbrennungen III. Grades zu. Nach Angaben der Mutter wurde Elfriede von diesem Zeitpunkt an "bösaartig". Sie stieß Tassen und Teller, die Flüssigkeiten enthielten, um und wurde gegen die Umgebung immer aggressiver. Bereits vor dem Schuleintritt wurden Kinderärzte und Erziehungsberater konsultiert. Daraufhin wurde sie etwa 2 Jahre lang in Kinderheimen untergebracht. Ihre Führung war dort sehr inkonstant; zeitweise benahm sie sich ganz unauffällig, um dann plötzlich auf Kinder loszuschlagen und Spielzeug zu zerstören. Zuweilen griff sie auch die betreuenden Schwestern an. - In dieser Zeit machte Elfriede eine Mumpsinfektion durch, die lebensbedrohlich schien und zur Benachrichtigung der Eltern veranlaßte. Da man mit zunehmendem Alter auf eine Besserung ihres Verhaltens hoffte - der Vater war als Kleinkind auch schwererziehbar, was sich mit den Entwicklungsjahren gegeben hatte - wurde sie wieder nach Hause genommen.

In der Schule machte Elfriede sehr bald disziplinarische Schwierigkeiten, schlug einmal auf eine Lehrerin ein, so daß der Rektor eine Untersuchung durch das Gesundheitsamt beantragte.

Die unmittelbare Veranlassung zur klinischen Beobachtung war die etwa seit einem Jahr aufgetretene sexuelle Enthemmung des Mädchens. Ihre sexuelle Betätigung gestaltete sich meist mit zehn und mehr Jungen im Beisein gleichaltriger Zuschauer. Auf Einzelheiten soll hier nicht eingegangen sein.

Wir erlebten Elfriede während der klinischen Beobachtung als auffallend gelungsbedürftig, gemütskalt und wenig wahrheitsliebend. Besonders unangenehm fiel der Mangel an jeglichem Schamgefühl auf, wenn sie ihre sexuellen Spielereien schilderte.

Psychisch: Gemütsmäßig wenig ansprechbar, emotional wenig modulationsfähig, von einer gewissen Gleichgültigkeit, betont gelungsbedürftig und zu brüskten Aggressionsäußerungen neigend: zu Beginn der Lumpalpunktion kratzte sie und biß um sich und schlug auf Arzt und Schwestern ein.

Intelligenz durchschnittlich; bei Ausführung von Aufgaben krasser Mangel an Sorgfalt und Zuwendung.

Motorik: ungenau, oft überschießend.

Somatisch: Latenter Hypertelorismus, der auf leichte Schäeldysplasie hinwies, brachycephale Kopfform. - Körpergröße wie Gewicht und Proportionen altersentsprechend entwickelt. Somatische Sexualreife etwas acceleriert, dysharmonische Entwicklung. - Auffallend große Stirnhöhlen beiderseits.

Gynäkologisch: Virgo intacta; relativ große Labia minora. Kein Anhalt für Epilepsie (Vgl. Familienanamnese).

Encephalogramm: Rechter Seitenventrikel, vor allem in seinen vorderen und mittleren Abschnitten plumper als links, Füllung seitengleich. Spitzen der Schmetterlingsfigur nicht abgerundet. 3. Ventrikel unauffällig. 4. Ventrikel und Aquaeduct nicht zu beurteilen. Basalzisternen auffallend weit. Oberflächenzeichnung unauffällig.

Fall 21: Klaus E., 19 Jahre alt.

Familienanamnese: Mütterlicherseits in der Aszendenz mehrfach Belastung durch Geisteskrankheiten: Urgroßmutter, deren Tochter wie auch zwei Großvettern der Mutter sollen an "Wahn" gelitten haben, waren in Anstalten untergebracht. Schwester der Mutter leidet an periodisch auftretenden Verstimmungszuständen (Zyklothymie?), die Mutter selbst imponierte als abnorm strukturierte Persönlichkeit. - Väterlicherseits sind keine Geisteskrankheiten bekannt. Der Vater ist im Krieg gefallen.

Entwicklung: Schon die Schwangerschaft verlief schwer, eine ständige ärztliche Überwachung war notwendig. Wegen einer Eklampsie mit Amaurose wurde das Kind durch Sectio entbunden. Es wog bei Geburt 2 500 g und "schwebte im ersten Jahr ständig zwischen Leben und Tod".

Das Kind entwickelte sich verlangsamt, lernte verspätet Laufen und Sprechen. Wegen fehlender spontaner Darmentleerung mußte die Mutter das Kind bis zum 7. Jahr künstlich abführen.

Mit dem 12. Lebensjahr war der Deszensus testis noch nicht erfolgt, eine Hormonkur war erfolglos, so daß schließlich eine einseitige Testopexie vorgenommen wurde.

Von klein auf war der Junge unselbständig, hilfs- und schutzbedürftig. Zu seinen Altersgenossen fand er nie natürlichen Kontakt. Stets blieb er abseits. Die überbesorgte Mutter räumte ihm alle Schwierigkeiten aus dem Weg, so daß es zu keiner aktiven Auseinandersetzung mit den Realitäten des Lebens kommen konnte. Als die Mutter bei seiner Einschulung ihre frühere Arbeit erneut aufnahm, fing Klaus an, fast allnächtlich einzunässen.

Die schulischen Leistungen waren Dank ständiger Überwachung durch die Mutter zufriedenstellend. Allerdings fiel die Schwäche im Rechnen frühzeitig auf. Ein Versuch, ihn die Oberschule wenigstens bis zur Mittleren Reife besuchen zu lassen, scheiterte bald, da er den Anforderungen der Oberschule doch nicht gewachsen war. So verließ er mit 14 Jahren die Schule und trat eine Lehrstelle als Schriftsetzer an. Dieser Beruf wurde deshalb von der Mutter ausgewählt, weil Klaus in Orthographie relativ gut war und gerne las, während er im Rechnen grob versagte.

Auch während der Lehre fehlte es dem Jungen an altersgemäßem Interesse und an Zuzwendung: sein Lehrmeister klagte, daß er desinteressiert und verspielt sei. Dennoch brachte er die Lehre zum Abschluß und bestand die Gesellenprüfung mit zufriedenstellendem Ergebnis.

Wie bereits erwähnt, empfand der Junge seit der frühen Schulzeit seine Isolierung: er fühlte sich seinen Kameraden nicht gewachsen, konnte sich schlecht verteidigen und wurde als der "Hanswurst" veruzt. Zeitweise war er weiblich gekleidet, so daß man ihn als "das Mädchen" ansprach und damit neckte. Er las viel, meist Cowboy-Stories und utopische Romane. Zwar hatte er Spaß daran, doch verstand er das Gelesene oft falsch und phantasierte, unter Verwertung der gelesenen Handlungen neue Geschichten und Begebenheiten zusammen.

Nach Abschluß der Lehre machte er mit zunehmender Bitterkeit die Beobachtung, daß alle seine früheren Kameraden sich Freundinnen eroberten, und daß er als einziger unter ihnen allein dastand. Mit wachsendem Interesse und schwärmerischer Phantasie begann er, sich den weiblichen Altersgenossinnen zuzuwenden. Schüchtern, im Umgang ungeschickt, wurde er bei seinen harmlosen Versuchen zur Kontaktaufnahme anscheinend immer wieder abgewiesen. Er empfand mit Bitterkeit seinen Mißerfolg und äußerte: er sei entweder zu häßlich oder zu dumm dazu. In der Folgezeit gesellten sich zum allgemeinen Interesse für das andere Geschlecht auch lustbetonte Vorstellungen hinzu. Diese nahmen an Intensität zu und gewannen Gewalt über ihn, "die Gedanken sind dabei weggeblieben". In einer solchen Anwandlung passierte es, daß er weibliche Wäschestücke vom Speicher holte, um diese zur Selbstbefriedigung zu benutzen. Er wurde von der Mutter streng zur Rede gestellt, konnte aber seine Handlungsweise nicht erklären und sagte, es sei so über ihn gekommen. Trotz der strengen häuslichen Strafmaßnahmen wiederholten sich solche Begebenheiten. Um den Jungen von seinen Wünschen nach fremder Mädchenwäsche abzubringen, schenkte ihm die Mutter einen neuen Unterrock. Er würdigte diesen jedoch keines Blickes und holte darauf von den Speichern anderer Häuser wieder Damenwäschen, bis er schließlich dabei ertappt wurde. Es wurde ein Strafverfahren angestrengt.

In unsere Klinik kam er zwecks medizinischer Begutachtung.

Psychisch: Er verhielt sich zunächst ablehnend, indem er seine innere Selbstunsicherheit durch arrogantes und pseudo-erwachsenes Verhalten. Nachdem er merkte, daß er für voll genommen wird, gab er diese Fehlhaltung auf.

In der emotionalen und affektiven Sphäre war er völlig retardiert. Seine Einstellung zur Mutter war ausgesprochen ambivalent: einerseits war ihm ihre übertriebene Betreuung äußerst lästig, zum anderen war er außerstande, sich von ihr innerlich zu lösen. Interessanterweise reagierte er auf die Besuche der Mutter jeweils mit einer deutlichen Temperaturerhöhung. Auch gegenüber dem weiblichen Geschlecht zeigten sich ambivalente Verhaltensweisen: auf der einen Seite erotisches Anschwärmen, wobei ihm seine lebhaftes Phantasie sehr zustatten kam, auf der anderen Seite puberal anmutende negativistische Ablehnung: "Alle Mädchen sind schlecht und wollen nur das Schlechte". Die seinem Alter zukommende bewußte erotische Zielsetzung fehlte ihm, wofür wenigstens zum Teil der mütterliche Einfluß verantwortlich zu machen war.

Auffallend war seine Kritik- und Urteilsschwäche. In infantiler, großsprecherischer Weise malte er spontan einen "Plan zur Eroberung des Jupiter im Jahre 2200 durch die Amerikaner" auf, in dem er angelesene Dinge aus seinen utopischen Romanen kritiklos untereinander in Beziehung setzte und prahlte, diesen durch ein mathematisch-physikalisches System errechnen zu können.

Er war nicht ungeschickt in manuellen Arbeiten, die Fingerfertigkeiten verlangten.

Nach den Testergebnissen war die Intelligenz überdurchschnittlich, jedoch konnte er sich diese nicht dienstbar machen.

Somatisch: Leptomorph-dysplastischer Habitus. Hochaufgeschossen, etwas eunuchoid wirkend.

Einseitiger Deszensus testis nach Testopexie. Rechtsseitige Myopie, schräger Eintritt des Sehnerven.

Schädel: ungewöhnlich starke Pneumatisation der Basis, die auf eine Entwicklungsstörung verdächtig ist.

Encephalogramm: Ventrikelsystem mittelständig. Beide Seitenventrikel sind mit Betonung des linken durchgehend verplumpt. Spitzen der Schmetterlingsfigur beiderseits abgerundet, links stärker als rechts. 3. Ventrikel mit 10 mm Durchmesser deutlich erweitert. Aquaeduct und 4. Ventrikel nicht mit Sicherheit zu differenzieren. Etwas weite Basalzisternen. Linksbetonte Hirnatrophie.

Fall 22: Eberhardt v. R., 25 Jahre alt.

Familienanamnese: Der Vater nahm sich mit 44 Jahren das Leben.

Dessen Bruder starb in einer psychiatrischen Anstalt an Lungenentzündung. Die Schwester unternahm mit 60 Jahren Suizidversuch. - Der Stiefvater des Jungen, ein Akademiker in leitender Stellung, brachte 4 Söhne aus erster Ehe in die Familie mit. Familie gut situiert, geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Zangengeburt. Frühkindliche Entwicklung störungsfrei. Als Kind Scharlach, Masern, Appendektomie. Von klein auf schien der Junge im Umgang mit Altersgenossen Schwierigkeiten zu haben: er störte deren Spiele, nahm ihnen die Spielsachen fort, woraufhin er von Gleichaltrigen abgelehnt wurde und isoliert blieb.

Es wurden vier Volksschulklassen reibungslos absolviert. Im Gymnasium ließen die Leistungen von Jahr zu Jahr nach. In Obertertia und Unterprima konnte er nicht versetzt werden, wurde dann in einem Internat untergebracht, wo sich eine Kontaktschwäche bemerkbar machte; er wurde zeitweise depressiv, fühlte sich vereinsamt. Das Abitur bestand er erst beim zweiten Mal. Wegen der schlechten Leistungen und der Konzentrationschwäche wurde er in unserer Poliklinik ambulant behandelt, was eine Beobachtung über längere Zeiträume möglich machte.

Von Anfang an imponierte er als ein großer Formbeachter: war höflich, gewinnend liebenswürdig mit einem Stich ins Chevaleresque. Während der Aussprachen übergang er in weltmännischer Weise seine Mißerfolge und sprach über andere Dinge: wie er z.B. im Hotel abstieg und sich das Essen im Zimmer servieren ließ, weil er "ein Individuum" sei. Die ihm bevorstehenden Aufgaben nahm er nicht ernst und suchte Ablenkung und Zerstreuungen. Er wirkte fahrig, wenig gesammelt; es mangelte ihm an altersangemessenem Ernst und Zielsetzungen.

Es zeigte sich, daß er nie fähig war, das Wesentliche einer Sache richtig zu erfassen; er erging sich stets in Außerlichkeiten und berauschte sich an Fremdwörtern und schwulstigen Redensarten. Nach dem ersten mißglückten Abitur erzählte er während der Sprechstunde heiter, wie er anlässlich einer Gesellschaft einen indonesischen Prinzen kennengelernt habe und diesen durch sein gewandtes Auftreten beeindruckte. Nicht immer aber war die Stimmung heiter. Zeitweise war er antriebsarm, depressiv, erschien weinerlich und klagte über einen Kloß im Hals. - Soviel über die poliklinischen Beobachtungen.

Nach dem Abitur begann er das Medizinstudium. Jedes weitere Semester brachte er an einer anderen Universität zu, füllte die Ferien mit Auslandsreisen aus und betrieb im 4. Semester vorwiegend Sozialwissenschaften, da er vorhatte, auf Journalistik umzusatteln.

Für Mädchen interessierte er sich seit langem, gab vor, auch nicht ohne Erfolg zu sein, doch waren seine Bekanntschaften zunächst noch harmloser Natur. Während seiner Krankenpflege freundete er sich mit einem Mädchen an, seine Beziehungen zu ihr nahmen intimen Charakter an, und aus dieser Bindung entstand ein Kind. Dieses Ereignis zog unendliche Komplikationen nach sich. Die Eltern lehnten schon den bloßen Gedanken einer Ehe energisch ab. Der Junge versuchte aus moralischen Skrupeln heraus, die Rolle eines Ehrenmannes anzunehmen und erklärte sich zunächst zur Heirat bereit.

Er zweifelte wohl dennoch an der Richtigkeit seines Entschlusses und an sich selbst. Er quälte sich. Sonst ein eifriger Kirchenbesucher, stellte er diesen nun ein. Schließlich schob er die ganze Frage beiseite und untersagte den Angehörigen das Thema zu berühren. Er kehrte zu seinen Studien zurück, da das Physikum fällig war. Dieses wurde aber "wegen Konzentrationsmangels" um ein Semester verschoben.

Ganz plötzlich unternahm er eine rastlose Motorradfahrt, kam auf Umwegen schließlich zu Hause an, entwickelte dort einen immensen Bewegungsdrang und

Redefluß und erklärte, er sei jetzt entschlossen, das Mädchen zu heiraten. Dieses Verhalten war der Grund zur Klinikaufnahme.

Hier dauerten Redefluß und Bewegungsdrang an: er war ängstlich, gespannt, fähig, sprach rasch, brachte keinen Satz zu Ende und war kaum zu unterbrechen. Er bat um ein Beruhigungsmittel, lehnte dann aber wieder jedes Medikament ab, da er auch so mit seinen Problemen fertig werden müsse. Aus jeder seiner Deutungen im TAT sprachen alle seine Schwierigkeiten: Mutter-Sohn-Verhältnis, Frage der Ehe, des unehelichen Kindes, kurzum, der Fragenkomplex, von dem er sich nicht lösen konnte und dem er sich nicht gewachsen fühlte. Wenige Tage später zeigte er eine massive Auflehnung gegen seine Eltern: er wolle jetzt seine Entschlüsse selbst fassen und nicht mehr am Rockschoß der Eltern hängen; er sei ja auch finanziell unabhängig. Seine Mutter sei zwar "eine tolle Frau", aber sein Stiefvater doch "etwas starr".

Gegen Ende der Beobachtung wurde er schwierig, uneinsichtig, stellte große Ansprüche und versuchte, sich in den Mittelpunkt zu stellen, indem er Belanglosigkeiten dramatisierte.

Psychisch: stimmungsmäßig heiter, zeitweise depressiv; betriebsam, auf Äußerlichkeiten sehr bedacht, ohne Ernst und Zielsetzung; mit massiver Auflehnung gegen die Eltern, jedoch ohne den zur Verselbständigung notwendigen Elan und Eigeninitiative. Erheblich retardiert, fähig, unfähig zur Konzentration. - Intelligenz durchschnittlich.

Motorisch: zappelig, fähig.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Encephalogramm: Reale Größendifferenz zwischen den Seitenventrikeln zugunsten links. Die Spitze der linken Schmetterlingsfigur zeigt fast Rechteckform. 3. und 4. Ventrikel und Oberflächenfüllung ohne Auffälligkeiten.

Fall 23: Volker St., 16 Jahre alt.

Familienanamnese: Eltern und eine 19-jährige Schwester leben und sind gesund. In der Familie keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Geburt und frühkindliche Entwicklung unauffällig. Volksschule; vorübergehend wurde der Versuch eines Oberschulbesuchs gemacht, doch versagte der Junge sehr rasch. Die letzten Volksschulklassen wurden nur mit Mühe und Not absolviert. - Anschließend Dreherlehre. In der Berufsschule scheint er ebenfalls Schwierigkeiten zu haben, auch ist der Lehrmeister nicht sonderlich mit ihm zufrieden, weil er kein Interesse für die Arbeit zeigt.

Zur klinischen Beobachtung führten gröbere sexuelle Auffälligkeiten. Die Mutter beobachtete, wie er mit 12 Jahren mit einem anderen Jungen gemeinsam onanierte, ohne daß es zu homosexueller Betätigung gekommen wäre. Zwei Jahre später entwendete er einer Untermieterin einen Unterrock und benützte ihn zur Selbstbefriedigung. Als das Gleiche sich nochmals ereignete, stellte die Untermieterin einen Strafantrag, und es kam zur Verhandlung. Anscheinend wenig davon berührt, exhibitionierte er sich und onanierte publik, besonders gern, wenn Mädchen vorbei gingen. Auch deswegen wurde beim Jugendgericht ein Strafverfahren angestrengt.

Während der klinischen Beobachtung wegen seines abnormen Verhaltens zur Rede gestellt, beschuldigte er in allem seine Eltern, die seine Schwester ständig bevorzugten. Sie ließen ihn fühlen, daß er ein Taugenichts sei. Er gab vor, den Unterrock aus Verehrung zu der sehr attraktiven Untermieterin entwendet zu haben. Er habe mit ihm eine körperliche Vorstellung von der Frau verbunden.

Beim öffentlichen Onanieren wollte er den Mädchen beweisen, daß er ein Mann sei und hoffte auch, sie sexuell reizen zu können. Er gestand, direkte sexuelle Beziehungen sehr zu wünschen, jedoch vor einer Blamage Angst zu haben.

Psychisch: Stimmungsmäßig ausgeglichen, aber emotional wenig schwingungsfähig, gute Kontaktbereitschaft, höflich und diszipliniert im Benehmen, affektiv jeweils adäquat bei seinen Angaben; aber deutlich initiativlos mit völligem Mangel an geistigen Interessen, der in krasser Diskrepanz zu seinem doch recht guten Milieu steht.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Schädel: kleine flache, ovale Sella, einseitige Sellaabrücke vom vorderen zum hinteren Klinoidfortsatz. Große Keilbeinhöhle, große, tiefe Stirnhöhlen.

Encephalogramm: Keine Auffälligkeiten.

Fall 24: Rudolf H., 24 Jahre alt.

Familienanamnese: In der weiteren Verwandtschaft mehrere Fälle von Geisteskrankheiten, über deren Art nichts Näheres bekannt ist. - Vater und Mutter gesund. - Drei Geschwister, gesund und unauffällig. Eigene Gärtnerei, geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Geburt und frühkindliche Entwicklung unauffällig. Mit 10 Jahren Diphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen und Herzmuskelschaden.

Besuch der Volksschule, später Oberschule, Abitur. Anschließend Studium der Naturwissenschaften.

Seinen eigenen Schilderungen nach zu urteilen, war der junge Mann seit der Pubertät mit seinen sexuellen Empfindungen in übertriebener Weise beschäftigt. Er gab an, im Alter von 13 bis 14 Jahren das Onanieren "mit allen Willenskräften" bekämpft zu haben. Dies sei ihm dann mit 15 Jahren gelungen. Kurz darauf traten nächtliche Pollutionen in Erscheinung, die ihn subjektiv sehr beängstigten. Er empfand dies als "etwas Widernatürliches". Es beunruhigte ihn auch zunehmend, dass er seit dem 14. Jahr einen dumpfen Hodenschmerz und daraus erwachsenden Brechreiz beim Omnibusfahren empfand.

Mit den Jahren steigerten sich die Beschwerden, und die Selbstbeobachtungen wurden immer ängstlicher. Er glaubte später, dass emotionale Regungen jeglicher Art bei ihm zu Hodenschmerzen und Pollutionen führten. So wirkte schon Musik in diesem Sinne auf ihn. - Im 8. Semester glaubte er wegen der beschriebenen Sensationen nicht mehr arbeiten und sich nicht mehr konzentrieren zu können.

Die Versuche, sich einem Mädchen zu nähern, sind wegen seiner "sexuellen Übererregbarkeit" fehlgeschlagen.

Psychisch: Während der klinischen Beobachtung war er in der Stimmung gedrückt, wirkte ungenau, beinahe ungehobelt. Mit der Umgebung nahm er kaum Kontakt auf und beschäftigte sich ausschließlich mit sich selbst und seinen Beschwerden. Seine Äußerung: "...gewisse dumpfe Kopfschmerzen im Zentrum des Gehirns in der Region der Hypophyse zeigten mir, daß der Herd meiner abnormalen Sexualität dort gelegen sein muß" manifestiert deutlich seine Hypochondrie.

Er bediente sich gern eines infantil-pathetischen Stils und sprach immer wieder von seinen "zerrütteten Nerven", seinem "zerrütteten Zustand" und seiner "Machtlosigkeit angesichts der Pollutionen". Sein Schreiben an den Stationsarzt war langatmig, umständlich und ließ die schlichte Sachlichkeit eines akademisch gebildeten Menschen vollkommen vermissen. - Hinsichtlich seiner Berufsausbildung schien er ziemlich desinteressiert und ohne Zielsetzung zu sein.

Motorisch wirkte er ungenau und wenig gewandt. Auch war seine Mimik arm.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Schädel: starke Pneumatisation des Keilbeinkörpers mit wabiger Zeichnung.

Encephalogramm: Ohne pathologischen Befund.

Besprechung der Gruppe III.

Die Variabilität der Anamnesen und der Persönlichkeitsstrukturen dieser Gruppe ist sehr groß. Es befinden sich darunter habituelle Wegläufer, sexuell Enthemmte, gemütswarme aber zu allerlei Verfehlungen verleitbare Jugendliche, Geltungsbedürftige und Gemütskalte mit Diebstählen und Betrügereien.

Diese Gruppe bietet einige Fälle ausgeprägter Triebhandlungen und entspricht dadurch am ehesten den Vorstellungen, die über den frühkindlichen Hirnschaden zu herrschen scheinen (vgl. Besprechung Gruppe I, S. 12).

Der 12-jährige Rainer H. (Fall 14) verursacht erhebliche Erziehungsschwierigkeiten durch sein hartnäckiges Weglaufen, das seit vielen Jahren schon besteht, und für das der Junge keine Begründung angeben kann. Es ist niemals die Angst vor der Strafe oder vor den Folgen einer Tat, wie in der Literatur vielfach angeführt. Die häusliche Atmosphäre scheint nicht übermäßig streng zu sein, und der Junge wirkt weder schüchtern noch ängstlich. Vielmehr zeigte er eine erstaunliche Gleichgültigkeit gegenüber der ganzen Situation: Das Versäumen des Unterrichts oft über mehrere Tage, die Besorgnis seiner Eltern, die Ausgabe des unrechtmäßig verschafften Geldes - das alles scheint ihn wenig zu beeindrucken. Dabei ist der Junge nicht gemütslos; er hilft seiner Mutter gern im Haushalt und macht sehr hübsche Handarbeiten. Kleineren Kindern gegenüber verhält er sich rücksichtsvoll und ist auch sonst höflich und freundlich. Die Intelligenz ist gut, die Motorik gewandt, einschließlich der Fingerfertigkeiten. Es scheint hier eine isolierte Triebstörung bei sonst ausgeglichener und unauffälliger Persönlichkeitsstruktur vorzuliegen. Einschränkend muß man jedoch betonen, daß der Junge die Klippe der Pubertät, welche eine schwere Prüfung für Konstitution und Anlage darstellt, noch nicht passiert hat. Seine weitere Entwicklung muß daher abgewartet werden.

Bei dem 13-jährigen Dietmar R. (Fall 15) findet sich hartnäckiges Fortlaufen und Herumstreunen neben kleineren und ernsteren Diebstählen. Auch hier besteht niemals Angst vor den Strafmaßnahmen, die ihn an der Rückkehr nach Hause hindern könnte. Vielmehr finden wir bei ihm - ähnlich wie im Fall 14 - eine erstaunliche Gleichgültigkeit gegenüber den Folgen seiner Verfehlungen. Diese Gleichgültigkeit steht in krassem Gegensatz zu seiner auffallend warmen Gemütslage: das Verhältnis Dietmars zu seinen Geschwistern ist sehr herzlich, und auch fremde kleinere und schwächere Kinder pflegt und beschützt er. Seine Grundstimmung ist heiter, der Antrieb adäquat, bruske affektive Schwankungen sind nie beobachtet und auch nicht berichtet worden. Die Ursache scheint in einer abnorm leichten Verleitbarkeit zu liegen, denn beim Herumstreunen und bei den Diebstählen ist der Junge stets in Gesellschaft asozialer Jugendlicher. Im Rorschach-Test kam auch eine gewisse Haltlosigkeit zum Ausdruck. Die Intelligenz entspricht einem guten Durchschnitt, die Motorik ist gewandt.

Wenn wir diesen beiden Wegläufern den 12-jährigen Heinz-Joseph K. (Fall 16) gegenüberstellen, so fällt auf, daß sein Weglaufen und Schulschwänzen anderer Natur ist. Dieser Junge ist mit 12 Jahren, also etwa im gleichen Alter wie die beiden anderen Jungen noch kindlich-ängstlich und innerlich unselbständig. Wir erinnern daran, daß er aus Angst vor der Klinik sich drei Tage lang im Keller versteckt hielt und aus Angst vor der Punktion auf das Dach des Nachbarhauses kletterte - beides infantile Reaktionen, die einer viel jüngeren Altersstufe entsprächen. Dieser ängstliche und infantile Junge ist seit Jahren wegen seiner Adipositas dem Spott anderer Kinder und sogar des Lehrers ausgeliefert. Er scheint darunter sehr zu leiden. Seine Mutter, die als Putzfrau in fremden Familien ihren Unterhalt verdient, kann ihm weder äußerlich noch innerlich genügend Schutz und Halt bieten. Heinz-Joseph möchte in die Kindergemeinschaft aufgenommen werden. Er wirbt um Kameradschaft, indem er für das bei Arbeitgebern der Mutter unrechtmäßig erstendene Geld seine Mitschüler ins Kino einlädt und sie mit Süßigkeiten beschenkt.

Anscheinend kann er sich damit nicht gut durchsetzen. Seit dem 9. Lebensjahr kotet er gelegentlich ein. Die Gesamtheit seiner Entgleisungen spricht weniger für Störungen der Triebe als für einen Zustand der "seelischen Unordnung", wie LEFERENZ ihn treffend bezeichnet. Auf Mangel an Geborgenheit, Vereinsamung, Spott und Angst reagiert das Kind mit Weglaufen, Schwänzen, mit gelegentlichen Diebstählen und der Enkopresis. Auch ist sein Fortlaufen bei weitem nicht so hartnäckig und ausgedehnt, wie bei den anderen beiden Jungen, seine Diebstähle sind zweckbedingt (beschenken und Kameradschaft werben) und nehmen keine gefährlichen Ausmaße an (wir denken im Vergleich dazu an den mehrfachen Einbruch des Falles 15 und den Weiterverkauf eines gestohlenen Pferdes). Dort absolute Gleichgültigkeit gegenüber der ganzen Situation und der zu erwartenden Strafe, hier kindliche Ängstlichkeit vor den Folgen. Dort Einzelgängertum und bewußte Ablehnung eines engeren Kontaktes (Fall 14) oder leichter selbstverständlicher Zusammenschluß mit anderen zwecks gefährlicher Unternehmungen (Fall 15), hier ein kindliches hungriges Suchen nach Kindergemeinschaft und die Erbitterung über die Ablehnung durch die Gleichaltrigen.

Heinz Joseph ist von warmem Gemüt. Seine Intelligenz ist sehr gut, die erhebliche Retardierung bringt es aber mit sich, daß diese gute Intelligenz nicht zweckmäßig eingesetzt werden kann. So ist auch das Ausräumen des Opferstockes als Folge seiner Urteilsschwäche zu verstehen. Auch fehlt diesem Jungen eine altersgemäße Zuwendung den gestellten Aufgaben gegenüber; vor allem aber wird seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt durch ein rasches Nachlassen der Spannkraft beim Arbeiten. Die Motorik ist nicht ungeschickt.

Zusammenfassend würden wir sagen, daß hier neben der erwähnten "seelischen Unordnung", die gewissermaßen übercharakterlich ist, eine erhebliche seelische Retardierung vorzuliegen scheint.

Wollten wir die harmlosen Diebstähle der 12-jährigen Roswita F. (Fall 17) im gleichen Sinne beurteilen (Mangelerlebnis, Ausdruck der "seelischen Unordnung"), so wäre dieses Urteil nur bis zu einem gewissen Grade richtig. Zwar geschehen die Diebstähle stets nur im Bestreben, andere zu schädigen, und nicht sich zu bereichern, doch ist die gesamte Persönlichkeitsstruktur, ohne welche die Verfehlungen nicht zu verstehen wären, gänzlich anders. Roswita ist geltungsbedürftig: in der Klinik ist sie rücksichtslos und beinahe roh gegen die kranken Kinder, ihre Streiche sind heimtückisch gefärbt, ihre noctambulen Zustände werden in der Absicht inszeniert, sich in den Mittelpunkt zu stellen. Bei Zuweisungen zeigt das Mädchen keine Reue, sondern wälzt die Schuld auf andere Kinder ab. Die Gemeinschaft anderer wird vorwiegend gesucht, damit die Streiche angestellt werden können. Intelligenzmäßig besteht Minderbegabung, die Urteilsschwäche ist auf diese zu beziehen. Die Retardierung äußert sich mehr im intellektuellen als im seelischen Bereich. Die Motorik ist nicht ungewandt. Das Encephalogramm ist normal.

Berücksichtigt man den Neid des Mädchens auf ihre Geschwister, die eine normale Schule besuchen dürfen - Roswita besucht eine Hilfsschule -, und ihr Gefühl des Zurückgesetztseins durch die Mutter, so würde man den Fall als Reaktion auf Mangelerlebnisse (REFERENZ) eines geltungsbedürftigen, gemütsamen und minderbegabten Kindes beurteilen.

Das Geltungsbedürfnis und die Gemütsarmut erreichen ganz andere, gefährliche Ausmaße bei zwei Jugendlichen mit guter Intelligenz (Fall 18,19).

Der 16-jährige Norbert (Fall 18) ist ständig darauf bedacht, im Mittelpunkt zu stehen und den Anführer zu spielen. Um dieses Ziel zu erreichen, greift er zu beliebigen, auch für ihn selbst gefährlichen Mitteln. So nimmt er 20 Schlaftabletten aus Prahlerei, um durch seine "Heldentat" andere Jungen zu beeindrucken. Bereits mit 12 Jahren verbietet er einer ganzen Klasse, im Religionsunterricht zu singen. Die dadurch entstehenden Schwierigkeiten und die peinliche Lage, in die er seine Eltern versetzt, sind ihm gleichgültig. Seine Diebstähle und Betrügereien, öfters von größerem Format, sind nie von einem Mangelerlebnis getragen, sondern geschehen aus eigenennützigen Bestrebungen oder in der Suche nach gefährlichen nervenkitzelnden Zerstreuungen. So ist auch seine Coca-Cola-Sucht zu bewerten. Die Bitten und Mahnungen seiner herzkranken Mutter beeindrucken den Jungen nicht. Er hat keine warme Bindung, weder an Geschwister noch an Kameraden. Diese braucht er nur, um seinem Geltungsbedürfnis genüge zu tun. Dem Jungen widerstrebt jegliches Sichunterordnen, deshalb hält er es auf keiner Lehrstelle aus. Seine Geltungssucht befriedigt er nicht durch hohe Leistungen, zu denen er mit seiner guten intellektuellen Anlage durchaus befähigt wäre, sondern durch Betrug, Diebstahl und gefährliche Streiche. Trotz seiner Kyphoskoliose ist er motorisch sehr gewandt. Interessanterweise bevorzugt er beim Spielen kleinere Kinder; das geschieht jedoch nicht aus einer seelisch-geistigen Retardierung heraus, sondern weil man diese "leichter in die Hand bekommt", also ebenfalls aus Geltungsdrang.

Die 20-jährige Brigitte J. (Fall 19) ist von klein auf durch Diebstähle und Lügen auffällig geworden. Diese Verhaltensweise behielt sie durch die Entwicklung hindurch bei, nur nehmen diese Verfehlungen im Laufe der Jahre einen gefährlichen Charakter an. Es wird nicht einfach gestohlen, sondern es werden Kassenzettel gefälscht, betrügerischerweise Beträge einkassiert, zugleich aber werden, nach wie vor, auch kleiner harmlosere Diebstähle begangen. Brigitte ist eine unverbesserliche Lügnerin. Wird sie bei der ersten Lüge ertappt, so bringt sie in ihrer Rechtfertigung sofort eine zweite hervor. Ihr Geltungsbedürfnis ist ganz auffallend: in vielen Fällen ist es die treibende Kraft, die das Mädchen zum stehlen und betrügen verleitet. Brigitte ist nicht leicht beeinflussbar oder verleitbar. Ihre ganzen Eigentumsdelikte "vollbringt" sie so zu sagen aus eigener Initiative heraus, ohne daß man einen fremden Einfluß auf sie feststellen könnte. Ähnlich wie Norbert, kennt sie keine Gefühlsbindungen, weder an Angehörige noch an Freunde. Ihre amorösen Beziehungen sind stets flüchtig, wenngleich nicht harmlos - Brigitte blieb bereits mit 15 Jahren nächtelang von zu Hause fort - und werden ohne Bedauern gelöst. Ihre Intelligenz ist gut, ihr Auftreten ist äußerst gewandt, ihre Anstelligkeit bei der Arbeit und ihre Leistungen werden überall gelobt. Die Motorik ist adäquat. Das Mädchen ist betriebsam, aber nicht umtriebig.

Die beiden zuletzt besprochenen Jugendlichen haben eine weitgehende Ähnlichkeit mit der von LEFERENZ beschriebenen Gruppe der nicht formbaren Kinder mit guter Intelligenz. Er schildert diese Kinder als lieblos, ohne Mitleid, rücksichtslos bis zur Brutalität, hinterhältig und verschlagen. Auch er hat ähnlich wie wir beobachtet, daß solche Kinder dem Personal in den Rücken fallen (s. die entsprechenden Anamnesen), Unfrieden und Unruhe in der Gemeinschaft stiften und die Schuld für ihre Verfehlungen gern anderen aufbürden. Auch von ihm wird ihre Unfähigkeit zu einer tieferen Bindung an die Mitmenschen betont.. Die nicht formbaren Begabten von LEFERENZ weisen die gleiche durchgängige große Sicherheit des Auftretens auf wie unsere beiden Jugendlichen. Sie fühlen sich in neuer Umgebung stets ungeniert. Neben der Gemütsarmut wird als zweitwichtigster Zug das Geltungsbedürfnis hervorgehoben. Als "nicht formbar" werden sie bezeichnet, weil ihnen jede gemütsmäßige Ansprechbarkeit fehlt, die für eine heilpädagogische Führung unerläßlich erscheint. Daher scheitert bei ihnen jedes erzieherische Bemühen. Gleichzeitig meint LEFERENZ aber, daß sie mit zunehmendem Alter nach mehreren Zusammenstößen mit der Justiz, kraft ihrer guten Intelligenz lernen werden, sich selbst zu steuern und ihr Geltungsbedürfnis in andere Bahnen zu lenken, um weitere Konflikte mit dem Gesetz zu vermeiden. Unsere Jugendlichen befinden sich gerade in dem Alter, auf das sich die Prognose bezieht. An ihren Verhaltensweisen scheint sich nichts geändert zu haben. Eine Steuerung durch den Verstand scheint nicht eingetreten zu sein, vielleicht gerade deshalb, weil sie hirngeschädigt sind. Es läßt sich schwer sagen, ob noch Entwicklungspotenzen vorhanden und nicht zur Entfaltung gekommen oder ob diese bereits erschöpft sind. Soviel steht fest, daß Brigitte J. (Fall 19) trotz ihrer sonstigen Dreistigkeit eine erhebliche Angst vor der elterlichen Autorität zeigt und demzufolge sich die Ablösung der Bindung an die Eltern nicht vollzogen hat. Dies ist ein deutliches Retardierungsmerkmal.

Züge von Geltungsbedürfnis und Gemütsarmut zeigt auch Elfriede Sch. (Fall 20). Bereits im Kleinkindesalter legt sie Verhaltensweisen an den Tag, die fast als brutal anmuten: sie droht, ihrem kleinen Schwesternchen ein Messer in die Wiege hineinzulegen, damit es daran zugrunde gehe, und schneidet dem Säugling ins Ohr hinein. Auch als Schulkind wird Elfriede häufig unmotiviert tötlich und zerstört anderen Kindern das Spielzeug. Mit 12 Jahren greift sie eine Lehrerin an. In der Klinik wehrt sie sich bei der Punktion durch Kratzen, Beißen und Treten. Neben diesen ungesteuerten Aggressionstrieben besteht eine ganz ungewöhnliche sexuelle Enthemmung. Über seine sexuellen Betätigungen berichtet das Mädchen mit einem auffallenden Mangel an Schamgefühl; - hierbei wiederum ein Zug von Gemütsarmut -. Die Intelligenz ist durchschnittlich. Die Motorik ungenau und oft überschießend. Nach HOMBURGER (1923) steht ihr diese jedoch altersgemäß gewissermaßen zu.

Fall 21 bietet ein krasses Beispiel von erotischer Triebunsicherheit im Rahmen einer verzögerten und unebenmäßigen puberalen Entwicklung. Klaus E. ist 19 Jahre alt. Trotz der abgeschlossenen Ausbildung ist er noch völlig unselbständig und von seiner Mutter abhängig. Obschon er ihre ständige Bevormundung als lästig empfindet, reichen Initiative und Elan zur Verselbständigung nicht aus. Auch scheint er den dazu notwendigen seelischen und körperlichen Reifegrad noch nicht erreicht zu haben. Charakteristisch sind in dieser Beziehung die jeweils nach Besuch seiner Mutter auftretenden t^o-Erhöhungen, die sein seelisches Mißbehagen manifestieren. Seine Interessen galten bis zum 18. Lebensjahr ausschließlich den Cowboy-Stories und utopischen Zukunftsromanen. Im letzten Jahr fühlte er sich in zunehmenden Maße zurückgesetzt, weil er als Einziger unter seinen Schulkameraden keine Freundin sich "erobern" konnte. Sein Interesse für das andere Geschlecht wuchs ständig, ohne daß es ihm gelungen wäre, in freundschaftliche Beziehungen zu einem Mädchen zu treten. Zu dem harmlosen Wunsch nach einer solchen Freundschaft gesellten sich allmählich auch erotische, lustgefärbte Vorstellungen hinzu, bis er dann ganz plötzlich weibliche Wäschestücke entwendet und diese zur Selbstbefriedigung benützt. Mit diesen verbindet er Vorstellungen von begehrten Mädchen, wobei ihm seine lebhaft, spielerische Phantasie sehr zustatten kommt. Diese Delikte wiederholen sich in der Folgezeit immer wieder, und der Junge läßt sich nicht durch häusliche Strafmaßnahmen beeindrucken. Auch angesichts des angestrebten Strafverfahrens zeigt er eine kindliche Unbekümmertheit. Er erklärt, er wisse nicht, wie es über ihn komme, aber wenn es da sei, könne er nicht umhin, so zu handeln.

In der Klinik legt er ein drollig wirkendes arrogantes Verhalten an den Tag, mit dem er seine innere Schüchternheit zu kompensieren sucht. Sein größter Wunsch ist, als Erwachsener zu gelten und ernst genommen zu werden. In diesem Bestreben entwirft er einen Plan "Die Eroberung des Jupiter durch die Amerikaner im Jahre 2 200", den er großtuerisch dem Arzt mit der Erklärung zeigt, er könne die entworfenen Dinge mathematisch-physikalisch beweisen. Auch hier, wie in erotischer Sphäre, kommt seine lebhaft spielerische Phantasie zur Geltung, welche ebenfalls einen typisch-puberalen Wesenszug darstellt. Seine Intelligenz ist überdurchschnittlich, aber seine seelische

Retardierung hindert ihn daran, diese Intelligenz zweckmäßig einzusetzen. Abgesehen von der erwähnten erotischen Triebunsicherheit, die leicht einen Fetischismus vortäuschen könnte, bietet Klaus E. ein schillerndes Beispiel für unebenmäßige Reifung von Trieben und Streben mit allen daraus entstehenden Folgen: Unmöglichkeit eines Kontaktes mit Altersgenossen, Unbekümmertheit im Beruf, daneben aber ausgeprägter Wunsch nach Kontakt mit dem anderen Geschlecht und Unfähigkeit, dieses Bestreben zu verwirklichen, ambivalente Einstellung zur Mutter, um Weniges zu nennen. Die Reifungshemmung kommt hier wie auch sonst so oft in allen Lebenssphären zum Ausdruck und erschwert die Wechselbeziehungen zwischen dem betreffenden Individuum und seinem Lebensraum ganz erheblich. Der somatische Befund enthält in diesem Falle, abgesehen von dem pathologischen Encephalogramm, auch andere sehr illustrative Korrelate: nur ein Hoden im Scrotum (nach Testopexie), schräger Eintritt des Sehnerven.

Auch die Verhaltensweisen von Volker S., der 16 Jahre alt ist, (Fall 23) sind zum größten Teil auf erotische Triebunsicherheit zurückzuführen: Stehlen von Damenwäsche zwecks Selbstbefriedigung, exhibitionistische Handlungen in Gegenwart von Mädchen. Hier wie dort werden mit der Unterwäsche lebhafteste Vorstellungen von weiblichen Wesen verbunden. Die exhibitionistischen Betätigungen sollten den Zweck haben, Mädchen zu beeindrucken. Volker S. ist um 3 Jahre jünger als Klaus (Fall 21), deshalb steht ihm die Triebunsicherheit gewissermaßen zu. Abnorm ist hier der Mangel an Schamgefühl und an ethischer Hemmung, zumal der Junge über eine gute Intelligenz verfügt und encephalographisch keinen pathologischen Befund bietet (kein frühkindlicher Hirnschaden).. Wir glauben, daß die geschilderten Verhaltensweisen auf einen Mangel an geistigen Interessen und geringe emotionale Schwingungsfähigkeit indirekt zurückzuführen sind.

Der dritte Jugendliche mit deutlicher sexueller Triebunsicherheit ist 24 Jahre alt (Rudolf H., Fall 24). Obgleich rein äußerlich seine Ausbildung sich geregelt und planmäßig gestaltete - Volksschule, Oberschule, Studium der Naturwissenschaften - weist er erhebliche Retardierungszüge auf. Hinsichtlich der beruflichen Ausbildung erschien er uns desinteressiert und ohne Zielsetzung. Sein Briefstil enthält viele infantil-pathetische Äußerungen, wie "meine zerrütteten Nerven", "mein zerrütteter Zustand", "meine Machtlosigkeit" und rhetorische Redewendungen. Auch hierfür ein Beispiel: "Sieht man denn nicht im Zentrum meines Gehirns, irgendwo in Hypophysennähe, mein Sexualzentrum? Das muß doch bestimmt ganz abnorm strukturiert sein!" Diese Mischung von Naivem und Pathetischem, die wir noch in manchen unserer Anamnesen werden beobachten können, ist ein Charakteristikum des Pubertätsalters, d.h. des Überganges vom Kindlichen zum Erwachsenen, und spricht in späteren Altersstufen für partielle Infantilismen der Psyche.

Die Einstellung zum weiblichen Geschlecht ist bei diesem 24-jährigen genau so ambivalent, wie wir sie in den Fällen 21 und 23 beobachtet haben: er wünscht eine Annäherung und hat zugleich Angst davor, weil der Versuch "wegen seiner sexuellen Übererregbarkeit scheitern" könnte. In seinem ständigen Bestreben, seine sexuellen Schwierigkeiten zu erläutern und sich mit diesen zu befassen, sehen wir gewisse pseudo-exhibitionistische Tendenzen, die ihm eine Art Ersatzbefriedigung sind, ähnlich wie die pseudofetischistischen Handlungen der beiden anderen Jugendlichen (Fall 21 und 23).

Die Verzögerung der sexuellen Instinktausreifung spielt sich hier auf dem Hintergrund einer hypochondrischen, psychasthenischen Persönlichkeit ab. Der junge Mann neigt zur ständigen ängstlichen Selbstbeobachtung und beschäftigt sich fast ausschließlich mit seiner Person und seinen sexuellen Schwierigkeiten.

Die Intelligenz ist durchschnittlich, die Motorik wenig gewandt, die Mimik arm. Wir haben eine deutliche Antriebschwäche beobachtet. Der junge Mann klagte über Kontaktschwierigkeiten. Auch hier, wie im Fall 23, war das Encephalogramm ganz unauffällig. Für einen frühkindlichen Hirnschaden lag kein Anhalt vor.

Schließlich wollen wir uns Eberhard v. R. (Fall 22) zuwenden. Hier sehen wir einen jungen Mann vor uns, der eigentlich bereits seit vielen Jahren in Pubertätsschuhen steckt. Bis vor kurzem war er großtuerisch, großsprecherisch, auf Äußerlichkeiten bedacht, machte gern Eindruck und nahm im Übrigen das Leben nicht allzu ernst. Wir haben gesehen, daß ihn sein Mißerfolg im Abitur nicht sonderlich erschütterte. Unbekümmert belegte er 1 Jahr darauf medizinische Fächer, wechselte jedes Semester die Universität, machte Auslandsreisen, liebäugelte ein wenig mit der Journalistik - kurzum er "versuchte ein Individuum zu sein" - wie er selbst es charakterisierte. Zu Hause war er zeitweilig ein bißchen "revolutionär und aufsässig", wie seine Mutter schilderte, ließ sich aber im Übrigen sehr wohl lenken und bevormunden, ohne es zu merken. Nette Mädchen mochte er schon immer ganz gern, nahm jedoch auch diese nicht zu ernst und äußerte, die wahre Liebe käme später. Und nun ganz plötzlich

und unverhofft für ihn selbst, wird er Vater. Dieses Ereignis entfesselte bei dem jungen Mann heftige intrapsychische Spannungen: wir sehen, wie über Monate das neue Bewußtsein, Erwachsen zu sein, mit den infantilen unausgereiften Elementen seines Wesens in hartem Zweikampf steht. Bald lehnt er sich gegen den Entschluß seiner Eltern auf und möchte ihm zuwiderhandeln, dann zweifelt er wieder an der Richtigkeit seiner eigenen Entscheidungen. Dann macht er sich selbst bittere Vorwürfe, versucht der Sache aus dem Wege zu gehen und kehrt zum Studium zurück. Das Physikum wird gerade fällig (zusätzliche ernste Belastung). Da sieht er sich plötzlich vor zwei schwierige Aufgaben und damit vor den Ernst des Lebens gestellt und gerät darüber in eine Panik. Diese findet ihren Ausdruck in einem tagelang andauernden Bewegungsdrang und Redefluß. Alle Äußerungen dieser Periode - Auflehnung gegen die Eltern, brücker Entschluß zu heiraten, Aufrufe an sich selbst, den Rockschoß der Eltern endlich loszulassen - sind als ein verzweifelter Versuch zur inneren Verselbständigung aufzufassen; zugleich aber manifestieren sie auch seine panische Angst vor den Aufgaben eines erwachsenen Mannes. Auch hier, wie schon so oft in unserer Kasuistik, handelt es sich um ein abnorm langes Persistieren der kindlich-instinktiven Bindung an die Eltern und um eine verzögerte Ausreifung des Sexualtriebes; wie immer, so sehen wir auch an diesem Beispiel, daß mit dem puberalen Instinktwechsel die Heranreifung der Erwachsenen-Psyché, des Verantwortungsgefühls, der Strebungen, kurz der seelischen Maturität, aufs engste zusammenhängt. Das einzigartige dieser Anamnese ist das stürmische Hereinbrechen der intrapsychischen Konflikte, während wir sonst chronisch anhaltende Spannungen zwischen den retardierten und den normal entwickelten Komponenten einer Persönlichkeit beobachten konnte. Das Einsetzen der heftigen inneren Kämpfe just dort, wo das Triebleben aufs lebendigste berührt wurde, und die Umgestaltung der psychischen Spannungen in motorische Erscheinungsformen rücken diesen Fall in unmittelbare Nähe der hysterischen Krankheitsbilder. Mit diesen werden wir uns aber im nächsten Kapitel ausführlicher befassen müssen.

Zusammenfassend wollen wir festhalten, daß charakterlich diese Gruppe Triebstörungen bietet. Diese sind in den einzelnen Fällen ganz verschiedener Art und, da die Triebmatrix in die jeweiligen Persönlichkeitsstrukturen fest eingewoben ist, lassen sich die erwähnten Störungen nur schwerlich miteinander vergleichen. Am einfachsten erscheint uns die isolierte Enthemmung des Bewegungstriebes *) bei sonst unauffälliger Persönlichkeit im Falle 14. Die im Fall 20 geschilderten Abnormitäten möchten wir als Enthemmung des Sexual- und Agressionstriebes **) bei einer auffallenden Gemütsarmut beurteilen. Eine komplizierte Verbiegung der Triebmatrix scheint im Falle 16 vorzuliegen: wir finden bei einem an der Pubertätsschwelle stehenden Jungen Züge von hartnäckiger Haltlosigkeit, vergesellschaftet mit tiefer Gemütswärme, bei ausgeglichener Grundstimmung und fehlender Rastlosigkeit. Eine Steuerung durch die Ratio ist trotz guter intellektueller Anlage nicht möglich, zumindest nicht auf dieser Altersstufe (13 Jahre und 3 Monate). Die Haltlosigkeit im Fall 18 und 19 steht im Einklang mit der übrigen Persönlichkeitsstruktur: beide Jugendliche zeichnen sich durch Geltungsbedürfnis und Verkümmern von Gemütsäußerungen aus.

Bei Heinz Joseph K. (Fall 16) und Eberhard r.R. (Fall 24) liegt eine deutliche Verspätung in der Ausreifung der Triebe und Strebungen vor. Dieses ist besonders illustrativ bei dem 25-jährigen Eberhard v.R. Ähnliche Retardierung in der Ausreifung der Triebe bietet der 19-jährige Klaus E. (Fall 21). Gerade diese führt zur Triebunsicherheit und den geschilderten Triebverirrungen. Diese zuletzt genannte Eigentümlichkeit der Verzögerung in der Entwicklung eines altersgemäßen Trieblebens im weitesten Sinne dürfte man bei encephaloperotischen ***) Jugendlichen als die häufigste Form der Triebstörung ansprechen.

Daß es diese Eigentümlichkeit jedoch auch ohne vorausgegangene frühkindliche Hirschädigung gibt, zeigen mit Deutlichkeit unsere Kontrastfälle (Fall 23, 24). Auch hier Ambivalenzen gegenüber dem anderen Geschlecht, ausgeprägter Wunsch nach altersgemäßen Beziehungen zum anderen Geschlecht und völlige Unfähigkeit, diesen Wunsch zu verwirklichen; erotische Triebunsicherheit und sogar Triebverirrungen, die gleiche Kontakterschwerung zu Altersgenossen und infantil anmutende Äußerungen und Verhaltensweisen. Doch sind diese Züge - es sei nochmals darauf hingewiesen - weder für diese Gruppe streng spezifisch noch in allen Fällen dieser Gruppe zu beo-

*) Daß es diesen als selbständigen Trieb gibt, ist durch die Hess'schen Reizversuche erwiesen

**) Man könnte auch sagen: mangelnde Hemmung der genannten Triebe. Kretschmer betont die jeweils doppelte Anlage: Trieb - Gegentrieb.

***) encephaloperotisch = frühkindlich hirngeschädigt.

bachten. Triebenthemmung, wenn in der Tat vorhanden und nicht vorgetäuscht, scheint für eine Hirnschädigung recht charakteristisch zu sein. Wie aber bereits gezeigt, konnten wir sie in reiner Form in unserem Krankengut nur zweimal finden (Fall 14 und 20). Sehr häufig wird eine Triebenthemmung durch andere seelische Bedingtheiten vorgetäuscht, wie bei jenem 12-jährigen Jungen mit "seelischer Unordnung" (der infantile ängstliche Heinz Josef K., Fall 16) oder dem Kontrastfall dazu, dem 12-jährigen minderbegabten und geltungsbedürftigen Mädchen, das aus einem "Mangelerlebnis" heraus hartnäckig stiehlt (Fall 17).

Die encephalographischen Auffälligkeiten stellen wir auch hier tabellarisch zusammen.

Tabelle 3: Gruppe III. Encephalographische Befunde.

Fall	Seitenventrikel rechts	links	3. Ventrikel	Sonstiges
14	vord. Abschnitte deutl. plumper als li; Spitze*) abgerundet, steht höher als li.	-	birnenförmig Ø 9 mm	Basalzisternen etwas weit
15	path. erweitert seitengleich verplumpt, Spitze *) abgerundet	path. erweitert, seitengleich verplumpt; Spitze *) abgerundet	birnenförmig erweitert; langer, breiter Schwanzartiger Proc.suprapinealis	Oberflächenzeichnung Ø. Basalzisternen im pontischen Teil weit
16	-	vord. Abschnitte weiter als rechts	birnenförmig Ø 9 mm	-
17	Keine pathologischen Veränderungen			
18	durchgehend verplumpt; Spitze *) abgerundet	durchgehend verplumpt, stärker als re., Trigonum einbezogen. Spitze *) abgerundet, mehr als rechts	erweitert Ø 10 mm	-
19	Erweitert, stärker als links	erweitert	?	Erweiterung der oberflächlichen Liquorräume rechts
20	plumper als links, bes. vordere und mittlere Anteile	-	-	Basalzisternen auffallend, weit
21	durchgehend verplumpt; Spitze *) abgerundet	durchgehend verplumpt, mehr als rechts; Spitze*) abgerundet mehr als rechts	erweitert Ø 10 mm	Basalzisternen etwas weit, linksbetonte Hinratrophie
22	erweitert	erweitert mehr als rechts; Spitze *) fast Rechteckform	- -	- -
23	Keine pathologischen Veränderungen			
24	Keine pathologischen Veränderungen			

*) gemeint ist die Spitze der Schmetterlingsfigur

Wie aus der Zusammenstellung ersichtlich, finden wir encephalographisch in dieser Gruppe, die psychisch vorwiegend durch Triebstörungen jeder Art zu charakterisieren wäre, etwas häufiger Auffälligkeiten im Bereich des 3. Ventrikels und der Basalzisternen als z.B. bei der Gruppe I und II. Unter sechs Fällen (wir meinen nur die "illustrativen Fälle", die "Kontrastfälle" mit normalem Encephalogramm lassen wir außer Acht) finden wir den 3. Ventrikel viermal erweitert. Diese Erweiterung ist jeweils mit verschiedenen pathologischen Veränderungen des einen oder beider Seitenventrikel und in drei Fällen mit auffallend weiten Basalzisternen vergesellschaftet. In einem Fall finden wir Verplumpung eines Seitenventrikel mit auffallend weiten Basalzisternen (ohne Veränderungen am 3. Ventrikel). Man könnte summarisch von häufigeren Verformungen im Bereich des 3. Ventrikels und der Basalzisternen sprechen, als z.B. im encephalographischen Material der Gruppe I, und diese Feststellung würde mit den von uns für diese Gruppe hervorgehobenen Triebstörungen korrespondieren, denn am Boden des dritten Ventrikels liegen die Zentren eng bei einander, von denen aus man die einzelnen Triebhandlungen in ihrer fertig integrierten Form auslösen kann (vergleiche Einführung, dort die Abbildung, S. 8). Doch wenn wir in jedem einzelnen Falle Grad und Art der Triebstörung mit dem Grad der Verformung am 3. Ventrikel bzw. der Weite der Basalzisternen in Beziehung setzen, so erscheint eine solche Entsprechung sehr fragwürdig. Heinz Joseph K., z.B. - Fall 16 -, der eine deutlich-pathologische birnenähnliche *) Erweiterung des 3. Ventrikels bietet (mit größtem Durchmesser von 9 mm), zeigt charakterlich gar keine Triebenthemmung, sondern allgemeine seelische Retardierung mit infantilen Verhaltensweisen - also etwas unspezifisches, was wir an Charakterstrukturen anderer Gruppen ebenso beobachten konnte. Bei Rainer H. - Fall 14 - finden wir psychisch eine deutliche Enthemmung des Bewegungstriebes bei sonst intakter Persönlichkeit, encephalographisch birnenförmige Erweiterung des 3. Ventrikel von 9 mm Durchmesser mit gleichzeitiger Verplumpung des rechten Seitenventrikels und etwas weiten Basalzisternen. Scheinen hier die Auffälligkeiten - im Sinne wie oben herausgearbeitet - untereinander zu korrespondieren, so sehen wir bei Klaus E. - Fall 21 - ein sehr ähnliches encephalographisches Bild mit jedoch völlig anderen Charakterabnormitäten. Wir konnten bei ihm eine Verzögerung in der Ausreifung der Triebe mit daraus resultierenden Triebunsicherheit und Triebverwirrung verzeichnen, auch eine allgemeine seelische Retardierung, aber keine Triebenthemmung. Schließlich haben wir im Fall 24 fast die gleichen Charakterabnormitäten vor uns wie bei Klaus E. -, die um so frappierender hervortreten als dieser Jugendliche um 5 Jahre älter ist - am Encephalogramm fand sich jedoch gar kein pathologischer Befund.

So drängt sich unwillkürlich die Schlußfolgerung auf, daß eine Concordanz zwischen Art und Grad der Charakterabnormitäten und Art und Grad der encephalographischen Abwegigkeiten nicht existiert.

Zum Abschluß der Besprechung noch ein Wort zur Motorik dieser Gruppe: Die meisten Vertreter dieser Gruppe sind motorisch gewandt. Eine überschießende Motorik fällt auf bei Elfriede Sch. - Fall 20 -. Diese motorische Gestaltung entspricht aber ihrem Alter und ist nicht pathologisch. Eine fahrige, zappelige Motorik bietet Eberhard v.R. - Fall 22 -, worin wir eine Entsprechung seiner übrigen pubertären Stigmen im Seelischen erblicken möchten. Gehemmte Haltung und betont ungewandte Motorik finden wir bei Rudolf H. - Fall 24 -, einem Jugendlichen mit normalem Encephalogramm, aber hypochondrischer Selbstbeobachtung und dysphorischer Grundstimmung. Hier kommt die enge Verknüpfung der Motorik mit dem seelischen Gefüge wieder zum Ausdruck (wir denken an die motorisch ungeschickten Dysphoriker der 1. Gruppe).

*) "birnenförmige Erweiterung" spricht für eine Erweiterung im vorderen Abschnitt des 3. Ventrikels

IV. Die "hysteriform" Reagierenden.

Fall 25: Karl-Martin A., 17 Jahre alt.

Familienanamnese: Beide Eltern leben und sind gesund. 6 gesunde und unauffällige Geschwister. Keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Geburt normal, frühkindliche Entwicklung unauffällig. Mit 4 Jahren stürzte der Junge beim Spielen von einer hohen Brücke auf Betonpflaster herunter, er lag eine Woche bewußtlos. Die Prognose wurde damals als sehr ernst bezeichnet.

Bei der Einschulung war er sehr klein, schwächlich und verspielt. Er lernte schlecht und blieb im 1. Schuljahr sitzen. Als Karl-Martin 9 Jahre alt war, erkappte man ihn zum ersten Mal bei einem Diebstahl: er entwendete Geld aus einer Ladenkasse. Daraufhin schlug ihn der Vater "halbtot". In den folgenden zwei Jahre gab es keine Klagen. Zu Hause anständig und vielfach zu Arbeiten herangezogen, verdiente er sich als Laufjunge etwas Geld, um dafür Kleidungsstücke zu kaufen. Sein Vater war zu jener Zeit oft arbeitslos, und das Kind hatte wenig anzuziehen.

Dann aber unternahm Karl-Martin, diesmal gemeinsam mit anderen Jungen, wieder mehrere Diebstähle und wollte nach Afrika fahren, kam aber nur bis zur nächsten größeren Stadt. Zur gleichen Zeit wurde mehrmals beobachtet, daß er das verdiente Geld nicht mehr zu Hause ablieferte, sondern in einer Gartenmauer versteckte, z.T. auch im Kaffeehaus ausgab. Das Verhältnis zwischen ihm und den Angehörigen gestaltete sich zunehmend ungünstig: Er neigte zu zeitweiligem Toben und Schreien, die Geschwister versuchten ihn "zurecht zu stutzen", der Vater war übermäßig streng mit ihm und schlug ihn heftig, so daß der Junge sich zeitweise gar nicht mehr nach Hause traute. Die Mutter war außerstande, ihn gegen die Voreingenommenheit der Geschwister und Ablehnung durch den Vater zu schützen. Das Jugendamt schaltete sich damals ein und veranlaßte eine stationäre Untersuchung in der Universitäts-Nervenklinik Marburg. Die Berichte aus jener Zeit schildern den Jungen als "unbekümmert, leicht verleitbar und ohne Ehrgeiz, mit auffallend kindlicher Einstellung zu altersgemäßen Aufgaben". Es mangelte ihm an Ernst und Selbständigkeit. Andererseits wurde anfänglich eine Schüchternheit, Zurückhaltung, ein beinahe geducktes Wesen beobachtet. Der Junge traute sich eine Kindergemeinschaft nicht zu. Nach Eingewöhnung bot er auch andere Züge: er wurde zappelig, unruhig, schwer zu bändigen, schimpfte mit unflätigen Worten, um sich Geltung zu verschaffen und entblößte sich zum Spaß vor anderen Jungen. Insgesamt wurde eine seelisch-charakterliche Retardierung von etwa 3 - 4 Jahren festgestellt.

Die letzte Volksschulklasse mußte repetiert werden.

Eine Lehre als Maler wurde ohne Zwischenfälle absolviert, die Gesellenprüfung jedoch nur im praktischen Teil bestanden - im theoretischen fiel er durch. Er arbeitete aber rasch und gern und hatte im Beruf keinerlei Schwierigkeiten. Zu Hause dagegen fühlte er sich nicht wohl: Er trug die Bitterkeit über die früheren väterlichen Züchtigungen und Strafmaßnahmen immer noch mit sich herum, glaubte fest daran, daß sein Vater ihn hasse, suchte Verständnis und Anteilnahme bei älteren Leuten außer Haus (Freie Evangelische Gemeinde) und nahm schließlich fern des Heimortes eine Arbeit an. Dort fand er Unterkunft in Heimen.

Äußerlich verselbständigt, war er innerlich immer noch angsterfüllt, und seine Angst manifestierte sich wiederholt in "Zitteranfällen", in Selbstbeschädigungen - Zerkratzen von Brust und Bauch -, in Erregungszuständen und suizidalen Drohungen.

Anläßlich einer solchen Manifestation wurde der Junge in unsere Klinik eingewiesen, was uns Gelegenheit gab, sein Verhalten zu beobachten.

Schon bei der neurologischen Untersuchung stellten sich massive psychogene Mechanismen ein: Die Augen wurden zugekniffen, heftige Abwehrbewegungen mit Armen und Beinen vollführt, später trat ein starkes Zittern in den Extremitäten auf, das mit Hyperventilation kombiniert war. Auf Befragen wurden währenddessen keine Antworten gegeben. Erst nach mehreren Minuten "reagierte" er wieder und gab Antwort.

Im Verlauf des Klinikaufenthaltes bot er extreme, tagelang anhaltende Erregungszustände mit heftigem Umsichschlagen und lautem, lang andauerndem Schreien: "Ich geh' nicht nach Hause, Ihr kriegt mich nicht nach Hause!" Nach ihrem Abklingen, und nachdem er Vertrauen zur Umgebung gefaßt hatte, gab er an, Männer mit Riesenköpfen, die ihn wegholen wollten, gesehen zu haben. Dabei habe er große Ängste ausgestanden. Er äußerte auch spontan, die "Bilder" sehe er nur wegen seines Vaters, dessentwillen er sich auch wiederholt das Leben haben nehmen wollen, wenn er auch noch nie den rechten Mut zu solcher Tat gebracht habe. - Wurde die Frage seiner Entlassung berührt, die wegen Schwierig-

keiten einer Heimunterbringung evtl. nach Hause erfolgen sollte, so reagierte der junge Mann charakteristischerweise mit anhaltenden, neuen Erregungszuständen und "Zitteranfällen".

In einem Jugendheim glücklich untergebracht, bekam er dort einen neuen Erregungszustand, der dieses Mal mit Aggressionstendenzen einherging: Er lief mit einem Messer umher und jammerte einfürmig vor sich hin. Eine erneute Klinikaufnahme mit nochmaliger Arbeits- und Wohnvermittlung wurde notwendig.

Psychisch: Bei der Exploration äußerst zurückhaltend, schüchtern. Weich, gutmütig, auf der Station gut lenkbar, kontaktschwach; freundlicher, leerer Gesichtsausdruck. Ausgeprägte Neigung zu psychogenen Mechanismen und Primitivreaktionen. Stimmung reaktiv bedrückt. Die Körperpflege ließ zu wünschen übrig.

Intelligenz: Minderbegabung: In der Volksschule zweimal sitzen geblieben. Ge-sellenprüfung im theoretischen Teil nicht bestanden.

Motorik: Fahrig, lässig, grob.

Somatisch: Athletischer Habitus. Stark zerkratzte Brust (Spuren der Selbstbe-schädigung).

Neurologisch: Angedeutete mimische Schwäche rechts.

Encephalogramm: Die Seitenventrikel sind für das Alter etwas zu weit. Auch erscheint die Spitze der linken Schmetterlingsfigur etwas zu stark abgerundet. Der Recessus suprapinealis wirkt ungewöhnlich weit. 3. und 4. Ventrikel, sowie Aqueduct und Oberflächenzeichnung, inclusive Basalzi-sterne, im Bereich der Norm.

Fall 26: Toni M., 17 Jahre alt.

Familienanamnese: Mutter und drei Geschwister gesund. In der Verwandtschaft keine Geisteskrankheiten. Der Vater hatte über Jahre ein außereheliches Verhältnis und vernachlässigte seine eigene Familie.

Entwicklung: Zangengeburt, da die Mutter kurz vor der Geburt "Nierenkrämpfe" bekam. Normale Entwicklung. Laufen und Sprechen rechtzeitig ge-lernt. Keine Krämpfe, kein Stottern, keine Enuresis, auch keine Kinderkrank-heiten erinnernlich. 8 Klassen Volksschule. Der Junge soll ein Durchschnitts-schüler gewesen sein.

Die Familienverhältnisse waren schwierig, das Geld knapp, Streitigkeiten und Schläge häufig. So verzichtete der Junge auf eine Lehre und ging nach der Ent-lassung aus der Schule arbeiten. Er wechselte binnen kurzer Zeit viele Stel-len, da es ihm überall nicht so recht gefiel und ihm die Arbeit zu schwer schien. Schließlich fand er doch eine Arbeitsstätte, die ihm zusagte.

Als er 16 1/2 Jahre alt war, bekam er in der Berufsschule von seinem Lehrer eine Ohrfeige; dabei schlug er - laut eigener Schilderung - mit dem Kopf auf eine Bank auf. Auch war er daraufhin vom Rektor für das letzte Schuljahr dis-pensiert worden. Seit dieser Zeit stellten sich starke Kopfschmerzen ein. Kurz darauf schoß er mit dem Luftgewehr einen Vogel tot, wurde angezeigt und bekam 3 Tage Jugendarrest. Diese Strafe nahm er sich sehr zu Herzen.

Einige Wochen später wurde er auf seiner Arbeitsstelle von einem Vorarbeiter zurechtgewiesen, doch verteidigte er sich und gab Widerworte. Am gleichen Tag wurde er plötzlich blaß, stürzte um, wurde von den Kameraden aber aufgefangen und verlor angeblich das Bewußtsein. Seine Kameraden schilderten, daß er die Fäuste ballte, den Kopf nach hinten warf und den Rumpf nach oben bog (Arc de cercle); das Ganze dauerte etwa fünf Minuten, er konnte dann auch wieder sprechen. Etwa viermal wiederholte sich dieser Zustand. Die Arbeit wurde daraufhin für eine Woche unterbrochen. Nach einem kurzen neuen Arbeitsversuch stellte sich wieder ein solcher "Krampf" ein, jedoch spielte sich alles dies-mal dramatischer ab; er schlug auch mit Armen und Beinen um sich. Seit die-ser Zeit traten sowohl zu Hause wie auch in einem kleineren auswärtigen Kran-kenhaus die "Krampfanfälle" intermittierend auf, an Intensität und Dauer zu-nehmend und die Umgebung beeindruckend. Zeitweise legte sich der Junge wegen epigastrischer Schmerzen ins Bett und annoncierte das Herannahen eines An-falls. Der letzte "Anfall" erstreckte sich über fast 11 Stunden und konnte weder durch Luminal noch durch Kombination von Megaphen und Atosil coupiert werden.

Das auswärtige Krankenhaus berichtete, daß im Anfall eine deutliche Herab-setzung der Schmerzempfindlichkeit bei regelrecht auslösbaren Reflexen beo-bachtet werden konnte. Die Pupillen reagierten auf Licht, Puls und Blutdruck waren im Anfall unverändert; kein Zungenbiß, keine Zyanose, kein Einnässen.

Wir hatten auch Gelegenheit, solch einen Anfall bei der Aufnahme zu beobach-ten: der Junge warf sich hin und her, stöhnte, bohrte seinen Kopf in die Kis-

sen, bäumte sich auf. Angesprochen gab er keine Antwort, doch bestand keine Bewußtlosigkeit. Nachdem alle Zuschauer vom Bett entfernt wurden, beantwortete er alle Fragen mit einem kindlich-weinerlichen: "Ich will heim !" In der Klinik äußerte er mehrfach naiv-kindliche Trotzreaktionen: Er verweigerte das Essen, wenn er von zu Hause keinen Besuch bekam, lief fort, um so der klinischen Beobachtung zu entgehen, drohte demonstrativ mit Suizid, weil sein Wunsch nach Entlassung nicht sofort befolgt wurde.

Psychisch: Stimmung schwankend, je nach Situation; keine unmotivierte Traurigkeit, gute Kontaktbereitschaft, nicht immer aufrichtige Angaben. Urteils- und Kritikschwäche, deutliches Bagatellisieren der eigenen Schwierigkeiten, Neigung zu naiv-kindlichen Trotzreaktionen und psychogenen Mechanismen. Ausgeprägte Retardierung. Gegenüber den Mitpatienten derbe, störende Ausdrucksweise.

Intelligenz an der unteren Grenze der Norm.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.

Neurologisch: Angedeutete zentrale Facialisparesie rechts.

Encephalogramm: Der linke Seitenventrikel ist in allen Abschnitten plumper als der normal konfigurierte rechte Seitenventrikel, vor allem steht die obere Stammgangliengrenze links tiefer. Der übrige encephalographische Befund ist unauffällig.

Fall 27: Margarethe H., 18 Jahre alt.

Familienanamnese: 7 gesunde Geschwister, in der Familie keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Normale Geburt. Sprechen erst mit 4 Jahren gelernt. Seit frühester Kindheit schien ein unruhiger Schlaf zu bestehen. Verlängertes nächtliches Bettnässen bis etwa zum 7. Lebensjahr. Einschulung erst mit 7 Jahren. Sie blieb nie sitzen, besuchte aber die letzten beiden Klassen wegen intermittierender Ohrenerkrankung nur selten.

Keine Berufsausbildung. Beschäftigung zunächst in der elterlichen Landwirtschaft, später im Haushalt, war zuletzt als Hausangestellte in einem Caritas-Heim tätig. Sie schien sich leidlich in die Gemeinschaft einzuordnen und verursachte keine Schwierigkeiten.

Grund zur Klinikeinweisung waren seit etwa zwei Jahren bestehende Kopfschmerzen.

Psychisch: Während des Klinikaufenthaltes war die Stimmung schwankend, vorwiegend dysphorisch; das Mädchen imponierte als antriebsarm, initiativlos. Sie mußte immer wieder zum Aufstehen angehalten werden. Auch sperrte sie sich gegen eine Kontaktaufnahme mit der Umgebung und klagte über unerträgliche Kopfschmerzen, indem sie bewegungslos dalag und vor sich hin weinte. Der Eindruck einer psychogenen Überlagerung rückte immer stärker in den Vordergrund. Einmal wurde ein "Anfall" beobachtet: Das Mädchen machte strampelnde Bewegungen, warf den Kopf hin und her. Kriterien eines organischen Geschehens fehlten. Intelligenzmäßig imponierte sie als minderbegabt, primitiv strukturiert.

Somatisch: Dysplastischer Habitus mit Hochwuchs und Adipositas. Schädel: auffallend kleine, dünnwandige Kalotte. Neurologisch: kein path. Befund. - Otologisch und ophthalmologisch ergab sich auch kein pathologischer Befund, so daß für ein organisches Geschehen kein Anhalt bestand.

Encephalogramm: Auffällige, für das Alter ungewöhnliche Abrundung der Spitzen der Schmetterlingsfigur, auffällige Weite des 3. Ventrikels, die mit einem Durchmesser von 7 mm an der oberen Grenze der Norm liegt. Der übrige Befund lag im Bereich der Norm.

Fall 28: Brigitte St., 20 Jahre alt.

Familienanamnese: In der Familie besteht ein "Hang zum Selbstmord". Ein Urgroßvater und Großvater mütterlicherseits begingen Suizid. Der Großvater war außerdem ein exzessiver Trinker. Eine Tante väterlicherseits hat sich vor einen fahrenden Zug gestürzt. - Beide Eltern sind gesund und betreiben eine Gastwirtschaft. - Ein älterer Bruder und eine jüngere Schwester sind ebenfalls gesund. Die Familie stammt aus dem Sudetenland, wo sie auch eine Gastwirtschaft besaß.

Entwicklung: Geburt normal. Laufen erst mit 2 Jahren gelernt, sonstige frühkindliche Entwicklung unauffällig. Einschulung, wie im Sudetenland üblich, mit 7 Jahren. Nach der Schulentlassung Lehre als Verkäuferin. Sie vertrug sich auf der Arbeitsstelle nicht gut und schied vor Abschluß der Ausbildung aus. Sie arbeitete dann in der elterlichen Wirtschaft, inzwischen wurde die Familie nach dem Westen verschlagen - und in einem Kurhotel.

Zu Hause, wo sie sich überfordert fühlte, half sie nicht gern. Auch glaubte sie sich im Vergleich zu ihren Geschwistern benachteiligt und weniger geliebt. Sie war schon immer verschlossener als ihre Geschwister und stand in der Familie abseits.

Mit 19 Jahren gravide, begann sie erstmalig über Gangstörungen, erschwertes Sprechen und Taubheitsgefühl in einer Körperhälfte zu klagen. Deshalb wurde sie in einem auswärtigen Krankenhaus stationär aufgenommen. Sie unternahm auch in jener Zeit einen demonstrativen Selbstmordversuch, indem sie sich in der Ruhr zu ertränken drohte. Ihre Beschwerden bildeten sich noch vor Geburt des Kindes zurück.

Einige Monate nach der Entbindung stellten sich die gleichen Beschwerden wieder ein, so daß sie zur Prüfung des Gleichgewichtsorgans in die Hals-Nasen-Ohren-Klinik eingewiesen wurde. Zugleich wurde sie ambulant in unserem poliklinischen Dienst behandelt. Ein krankhafter Befund konnte weder neurologisch noch otologisch gesehen werden. In psychischer Hinsicht benahm sie sich aber so auffällig, daß eine stationäre Übernahme in die psychiatrische Klinik veranlaßt wurde.

Bei uns erschien sie in Begleitung ihres Verlobten, an dessen Arm sie hin und her schwankte. Die Augen hielt sie halb geschlossen und sprach in kindlich-schmollendem Ton.

Mehrere Explorationen summierten sich zu folgendem Bild: Das Kind ging aus einem Liebesverhältnis zu einem Kellner hervor. Dieser Mann, "eine wahre Filmschönheit", von allen Mädchen begehrt und bewundert, wählte sie als einzige aus, was ihrem Selbstgefühl sehr schmeichelte. Stolz auf seine Bevorzugung, hatte sie eine Ehe mit ihm dennoch hartnäckig abgelehnt, da sie ihn wegen seines bestechenden Äußeren für eine eheliche Treue ungeeignet hielt. Sie wich auch immer wieder vor intimen Beziehungen mit ihm aus, bis er das ganze Verhältnis in Frage stellte. Er bestand von Anfang an auf einer Ehe, versuchte sie durch ein Kind an sich zu binden und triumphierte, als ihre Schwangerschaft festgestellt wurde, da er nun die Heirat für gesichert hielt. - In den ersten Schwangerschaftswochen verspürte sie ein Taubheitsgefühl in der linken Körperhälfte, konnte Wärme und Kälte nicht mehr unterscheiden, ihr Gang wurde zunehmend unsicher und nur mühselig konnte sie einzelne Worte aussprechen. Sie wollte sich damals das Leben nehmen, aber ihr Verlobter (Vater des Kindes) ertappte sie dabei und rettete sie. Von diesem Augenblick an begann sie sich auf das Kind zu freuen, und alle Beschwerden bildeten sich zurück. Der damalige Verlobte bestand auf einer Eheschließung, auch die Eltern drängten darauf, indem sie ihr ihre gesellschaftliche Stellung vorhielten. Sie blieb aber hart, bekam ihr Kind und entlobte sich.

Das Verhältnis zu ihren Angehörigen, mit denen sie schon vorher nicht gerade in Harmonie und Eintracht lebte, spitzte sich dauernd zu; immerhin versorgte die alte Großmutter das Kind, und das Mädchen half beim Servieren.

Einige Monate später verlobte sie sich mit einem früheren Schulkameraden, der ihr nur mit Vorbehalt gefiel - er war ihr nicht männlich genug -, der sie auch früher schon anschwärmte. Kurz darauf traten wieder die gleichen Gangstörungen wie zu Beginn der Schwangerschaft auf, auch wurde die eine Körperhälfte wieder taub. In den folgenden Wochen nahmen die Beschwerden so zu, daß sie wieder in die Klinik gehen mußte. Sie gab nun an, ihr zweiter Verlobter habe sich mit der Existenz des vorehelichen Kindes abgefunden; er sei gut zu ihr, vor allem schone er sie und beschwere sie nicht mit dem Wunsch nach intimen Beziehungen, er nehme also in jeder Hinsicht Rücksicht auf sie. Sie dagegen sei sich in Bezug auf die Heirat noch nicht ganz schlüssig, denn sie kenne ihren Verlobten von der intimen Seite her noch nicht und habe deshalb Angst vor den ehelichen Pflichten. Andererseits wünsche sie aber, dem elterlichen Haus um jeden Preis zu entkommen. Sie würde am liebsten noch ein Jahr bis zur Hochzeit warten, vorausgesetzt, daß sich der Verlobte mit seinen Wünschen solange gedulge. - Soweit die Schilderungen von Fräulein St., die sie anläßlich vieler Aussprachen stets in diesem Sinne gab.

Kurz vor ihrer Entlassung erschienen der Vater und der derzeitige Verlobte und ließen durch ihre Angaben die ganze Situation des Mädchens in einem völlig anderen Licht erscheinen. Der Vater des Kindes sei verheiratet, habe Frau und Kinder in Mitteldeutschland und habe nie beabsichtigt, das Mädchen zu heiraten; auch könne er keine Alimente zahlen. Der gegenwärtige Verlobte wolle sie zwar heiraten, habe aber Bedenken wegen ihrer Krankheit; auch trinke er und verdiene nicht sehr viel. Intime Beziehungen bestünden zwischen den beiden seit langem und Brigitte habe nichts dagegen einzuwenden gehabt.

In ihrem Verhalten war die Patientin anfangs kindlich-unbekümmert, lachte läppisch und klagte heiter über Beschwerden, die jeden erwachsenen Menschen ernstlich beunruhigt hätten: das Gehen sei unmöglich - und dabei torkelte

sie und hielt sich an Möbelstücken fest; ihre Sprache versiegte - und sie demonstrierte eine merkwürdige lallend-verwaschene Sprache; die linke Körperhälfte sei wie abgestorben - und sie bot eine konstante linksseitige Analgesie und Hypästhesie. Darüber hinaus klagte sie über Merkschwäche, Gedächtnisschwund, verwechselte entsprechend Daten und brachte Tatbestände durcheinander. Sie bagatellierte ihre Schwierigkeiten und gab bis zur Entlassung nur halbe Wahrheiten zu.

Unter psychotherapeutischer Anleitung, wiederholten Aussprachen, und durch ständige Gehübungen ließen die Symptome rasch nach, so daß bei der Entlassung nur noch eine halbseitige Herabsetzung des Schmerz- und Temperaturempfindens festzustellen war. Aus der Hals-Nasen-Ohren-Klinik wurde berichtet, daß sie dort eine Mitpatientin, deren schlechte Manieren sie zu beanstanden vorgab, barsch zurechtwies und anschließend über Stunden schrie und sich aus dem Fenster zu stürzen drohte. Als ihr dort die Notwendigkeit einer klinisch-psychiatrischen Untersuchung nahegelegt wurde, erbrach sie den ganzen Tag und hielt die Station in Aufregung.

Psychisch: Brüske Stimmungsschwankungen zwischen kindlich-heiterem und tiefem Mißmut und Zorn; schmollend-koketter Ton; massive pseudologistische Tendenzen und hysteriforme Mechanismen. Anlehnungsbedürfnis und Kontaktschwäche zugleich. Innere Auflehnung gegen die Eltern, daneben Mangel an Selbständigkeit, was eine konsequente Ablösung unmöglich macht. In der Unterhaltung nicht ungewandt, in der äußeren Erscheinung ungepflegt, nachlässig.

Intelligenz durchschnittlich.

Somatisch: Leptomorpher Habitus.
Hypotonie.

Neurologisch: Lidspalte links enger als rechts. Innervationsschwäche des rechten Mundastes. Gang torkeln, unsicher. Beim Romberg Schwanken nach allen Seiten. Hypästhesie und Hypalgesie wird auf der ganzen linken Körperhälfte angegeben.

Bei späterer Kontrolluntersuchung Gang und Romberg o.B. Schädel: Leicht wolfige Kalotte; Rucksack sella, Sellalumen für die Schädelmasse klein. Auffallend große Keilbeinhöhlen. Die Gegend des Sulcus chiasmatis überragt die vorderen Klinoidfortsätze. Tiefe, ausgeprägte Stirnhöhlen, rechts mehr als links. Ungewöhnlich großer, breiter Siebbeinzellbereich. Frühkindliche Entwicklungsstörung.

Encephalogramm: Mittelständiges Ventrikelsystem. Beide Seitenventrikel mit geringer Betonung des rechten etwa symmetrisch verplumpt. Spitzen der Schmetterlingsfigur deutlich abgerundet, für das Alter absolut ungewöhnlich. 3. Ventrikel, 4. Ventrikel und Aquaeduct unauffällig, Oberflächenzeichnung und Basalzisternen ohne path. Befund. Befund spricht für sehr frühe Entwicklungsstörung.

Fall 29: Walter R., 19 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater und Mutter leben und sind gesund. - Vier Geschwister, gesund und unauffällig. Geordnete Verhältnisse.

Entwicklung: Geburt normal. Sprechen und Laufen zur üblichen Zeit. Als Kind hatte Walter aber einen unruhigen Schlaf, erbrach das Essen sehr oft und "war immer schon nervös". Erste Zähne erst mit 7 Jahren unter erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, so daß der Junge nach dem Schwarzwald verschickt wurde.

Volksschulbesuch ohne Zwischenfälle. Anschließend Lehre als Maschinenschlosser und Gesellenprüfung mit gutem Resultat.

Der Junge berichtete selbst, daß er sich schon immer leicht aufgeregt habe und dabei an den Händen zitterte. Dieses Zittern habe sich in der letzten Zeit auch ohne erkennbaren Anlaß eingestellt. Schließlich gesellten sich auch Sprachstörungen hinzu, die damit begannen, daß er sich beim Sprechen sehr konzentrieren mußte, um die Sätze fließend herauszubringen. Schließlich nützte auch diese "Konzentration" nichts mehr. Zwischendurch hatte er immer noch beschwerdefreie Tage ohne Beeinträchtigung seiner Sprache. Wenn sich die Sprachstörungen einstellten, wisse er genau, was er sagen wolle und kenne auch die Worte, er bringe sie nur nicht heraus. Im Affekt soll ihm das Sprechen keine Schwierigkeiten bereiten. Im letzten Jahr stellte sich zusätzlich noch ein Kopfnicken ein.

Während des Klinikaufenthaltes ordnete sich der Junge gut ein, machte keine Schwierigkeiten und war auch sonst in seinem Verhalten recht unauffällig. Aphasische oder dysarthrische Störungen wurden nicht beobachtet. Dagegen bot er eine psychogen anmutende Hemmung des kontinuierlichen, flüssigen Sprachab-

laufs, und es machte ihm sichtlich Mühe, die einzelnen Worte des Satzes ohne größere Stockung aneinander zu reihen. Seine Stimme war ungewöhnlich tief. - Außerdem wurde ein tickartiges ruckendes Kopfbucken beobachtet, das sich bei affektiver Zuwendung verstärkte.

An den Hirnnerven und auch sonst konnte kein pathologischer neurologischer Befund erhoben werden.

Psychisch: Stimmung meist ausgeglichen bis leicht gedrückt; gewisse affektive Hemmung. Bis zu einem gewissen Grad einsichtig gegenüber der ärztlichen Aufklärung, zeigte er dennoch wenig Bereitschaft zu aktiven Sprachübungen, lag die meiste Zeit im Bett, verhielt sich initiativlos und vernachlässigte die vorgeschriebene Behandlung.

Intelligenz durchschnittlich bis gut.

Somatisch: Asthenischer Habitus.
Hyperhidrosis, Neigung zu Hypotonie.

Encephalogramm: Der rechte Seitenventrikel enthält mehr Luft als der linke. Leichte Abrundung der Spitze der rechten Schmetterlingsfigur, die auch höher steht. Übriger Befund ohne Auffälligkeiten.

Fall 30: Josef F., 22 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater ist seit Jahren Rentner nach einem Unfall. - Mutter und zwei Geschwister gesund und unauffällig. In der Familie keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Schwere Geburt, bei der beide Oberarme aus den Schultergelenken auskugelten. - Das Kind war asphyktisch und wurde sogar für tot gehalten (blasse Asphyxie?). Sprechen zur üblichen Zeit, dagegen Laufen verzögert gelernt. Als Kind wurde ein Scharlach durchgemacht.

Besuch der Volksschule und danach das Gymnasium bis zur mittleren Reife. Er lernte gut, und die Eltern wollten ihn das Abitur machen lassen. Doch der Junge wollte - wie er sich ausdrückte - "hinter seinen Kameraden, die als Arbeiter und Lehrlinge schon Geld verdienten, nicht zurückstehen", auch wünschte er, selbständig zu werden. Er "boykottierte sich selbst", verließ nach der mittleren Reife die Schule und verdingte sich für ein Jahr als Hilfsarbeiter. Danach begann er eine kaufmännische Lehre und blieb die ganze Zeit über bei der gleichen Firma.

Etwa mit 21 Jahren merkte er, daß seine rechte Hand zunehmend ungeschickt wurde, was ihn beim Schreiben hinderte. Die Finger wollten nicht richtig gehorchen. Beim Öffnen der Hand stellte sich auch regelmäßig ein Zittern ein. In der Folgezeit blieben diese Symptome bestehen, obgleich der Junge manchen Behandlungsversuch unternahm: Ein Orthopäde empfahl Unterwassermassagen, ein Nervenarzt verschrieb "das Bewußtsein hebende" Pillen, ein anderer Arzt verordnete Beruhigungsmittel, - alles ohne Erfolg.

Dann versuchte Josef, sich in allen Verrichtungen auf die linke Hand umzustellen. Er empfand auch, daß er seit Auftreten der Störungen sehr unsicher wurde, vor allem aus der Befürchtung heraus, er könne auffallen. In Gegenwart von Fremden fiel ihm das Schreiben besonders schwer, da seine Hand noch ungeschickter und zittriger wurde und noch weniger gehorchen wollte. Hatte er irgendwo seine Unterschrift zu leisten, bekam er schon im Voraus Beklemmungen. Seine Beschwerden wurden Anlaß zur Klinikaufnahme.

Während der klinischen Beobachtung fügte er sich im ganzen unauffällig ein, war höflich und hilfsbereit. Zum autogenen Training erschien er fast immer in düsterer Stimmung, mißmutig, im Voraus skeptisch, was den Erfolg anbelangte. Er zeigte sich nur wenig bereit, die gebotene Möglichkeit aktiv auszunützen. Als gegen Ende der klinischen Behandlung ein erhebliches Nachlassen des Zitterns festgestellt werden konnte, wies er darauf hin, daß das Zittern zu Hause auch sehr wechselnd gewesen sei, und daß er selbst nun keine Besserung bemerke.

Den Vorschlag, in seiner Firma einen anderen Posten anzunehmen, bei dem das Schreiben nicht so im Vordergrund stehe, lehnte er kategorisch ab.

Psychisch: Höfliches Benehmen. Stimmung düster und gedrückt, affektiv matt; gehemmt, unsicher. Letztes wird von ihm selbst als hinderlich empfunden. Ausdrucksbewegungen sind nur spärlich vorhanden.

Intelligenz am oberen Rand des Durchschnitts, beinahe gut.

Somatisch: Athletischer Habitus.
Unvollkommener Schluß des 1. Sacrawirbelbogens. Neurologisch: Rechter PSR zeitweise gesteigert gegenüber links. Grobschlägiger Tremor im rechten Handgelenk, der beim Strecken der Finger auftritt und bei Ablenkung zurückgeht. Mit Sicherheit besteht keine Stammgangliensymptomatik.

Encephalogramm: Beide Seitenventrikel, vor allem aber der birnenförmige 3. Ventrikel, wirken pathologisch erweitert. Der rechte Seitenventrikel wirkt geringgradig weiter als der linke. Auch das rechte Schläfenhorn wirkt weiter als links. Oberflächenzeichnung grob, aber noch im Bereich der Norm.

Fall 31: Heinz Z., 19 Jahre alt.

Familienanamnese: Großvater mütterlicherseits war vorübergehend in einer Nervenheilanstalt. Er beging Suizid mittels Schlaftabletten. - Großvater väterlicherseits war Potator und erhängte sich in betrunkenem Zustand. - Der Vater und dessen 3 Brüder sind Potatoren. - Mutter gesund. - Zwei ältere Geschwister, gesund; einer von ihnen ist ebenfalls Trinker.

Entwicklung: Geburt normal. Frühkindliche Entwicklung ohne Störungen. Im Alter von 4 bis 8 Jahren hatte der Junge mehrer Unfälle: ausgedehnte Verbrennungen durch kochendes Wasser an Rücken und Extremitäten; dreimal Unterarmbruch und schließlich bei einem Autounfall Quetschung des linken Unterschenkels. Besuch der Volksschule mit wechselnden Leistungen. Der Junge wurde häufig zur Erholung geschickt, da er seit je her ein schwächliches Kind war. Laut eigenen Angaben litt er von früh auf an halbseitigen Kopfschmerzen und Nackenschmerzen mit Flimmern vor den Augen und Doppelsehen. Auch wurde er häufig schwindelig. Mit 10 Jahren erkrankte er an einer Grippe. Die anschließend aufgetretenen Herzbeschwerden veranlaßten ihn, acht Monate zu Hause zu bleiben. Die 4. Klasse mußte dann repetiert werden.

Er verzichtete nach der Schulentlassung auf eine Berufsausbildung und begann in einer Schuhfabrik zu arbeiten. Kurz darauf traten die ersten Anfälle auf, die durch eine "heiße zum Kopf drängenden Welle eingeleitet" wurden. Es trat Bewußtlosigkeit bis zu 4 Minuten ein, er schlug mit Armen und Beinen um sich. Gelegentlich verletzte er sich dabei, näßte auch einmal ein. Anschließend verspürte er Kopfschmerzen und Schlafbedürfnis. Die "Anfälle" traten erst einmal im Monat auf, wurden später häufiger und kamen schließlich täglich, aber nur tagsüber. Wegen der "Anfälle" verlor er auch bald den Arbeitsplatz. Nach seiner Entlassung unterzog er sich wegen Bauchschmerzen einer Blinddarmoperation, doch konnte keine Blinddarmentzündung festgestellt werden.

Er nahm wieder eine neue Arbeit auf, ließ sich aber wenig später wegen seiner "Anfälle" an einer Universitätsklinik untersuchen. Dort wurde - lt. seiner Schilderung - eine Herzmuskelentzündung festgestellt. In der Folgezeit wurde er in vielen Krankenhäusern stationär untersucht, wobei immer neue Diagnosen gestellt wurden. Zwischendurch war er wieder zu Hause, auch wurde ein neuer Arbeitsversuch unternommen. Nach 3 Monaten bekam er wieder einen Anfall - nach recht langem Intervall -, und zwar war die Ursache eine Aufregung; eine Arbeiterin hatte sich verletzt. Auch sonst bestand nach seinen Angaben stets ein Zusammenhang zwischen einer etwaigen Aufregung und seinen Anfällen. Eingeleitet würden die Anfälle oft durch großes Angstgefühl: er sehe dann "eine Hand mit einer Nadel, Köpfe mit Fratzen und wirren Haaren". Manchmal höre er eine Tür sich öffnen, Schritte, die herannahen und fühle eine Hand, die seinen Hals würgen. Dann müsse er schreien.

Der zuletzt erwähnte Arbeitsversuch war sein letzter und wurde nach wenigen Monaten abgebrochen. Der Junge blieb dann zu Hause und lag die meiste Zeit im Bett. Während dieser Phase traten die "Anfälle" gehäuft auf, sogar fast jeden Abend. Nach den Anfällen konnte er fast nicht sprechen, der linke Arm und das linke Bein waren steif, und er verspürte darin ein Schweregefühl. Das "Hautgefühl war kalt, taub, wie eingeschlafen".

Während des Klinikaufenthaltes wurden fast täglich solche "Anfälle" beobachtet. Sie traten ausschließlich in Anwesenheit von zahlreichen Zuschauern auf. Er bat dann regelmäßig die Mitpatienten, ihn zu seinem Bett zu geleiten, legte sich hin, riß die Augen weit auf, starrte ins Leere und rief mit besonders hoher Stimme mehrmals: "Da kommen sie, ich habe Angst". Er atmete gesperrt, streckte die Arme von sich, brachte die Finger in Krallenstellung, begann zu zittern, schlug auch schon mal mit beiden Fäusten gegen die Bettpolsterung. Eine Bewußtseinsstrübung trat aber nie auf; eine Unterhaltung mit ihm war während dieser Zustände ohne weiteres möglich. Er sprach dann charakteristischerweise besonders gewählt und mit Pathos. "Gebt mir eine Zigarette", "ich kann nicht mehr sprechen" oder stotterte: "Ich erkenne niemanden" und an den Arzt gerichtet: "Wer bist Du? Ich kenne Dich nicht".

Nach den "Anfällen" bot er über mehrere Stunden eine demonstrative Gangstörung, die er den anderen Patienten gern vorführte, indem er sich schwankend und wippend an der Wand entlang tastete. Er berichtete gern langatmig über seine früheren Krankheiten, war im übrigen aber dysphorisch gestimmt, sonderte sich gern ab und zeigte wenig Bereitschaft zur Kontaktaufnahme. Während der ganzen Zeit beschäftigte er sich fast ausschließlich mit sich und seinen Beschwerden und

fand voller Selbstbeobachtung täglich neue Mängel und Krankheiten an sich. Er schuldigte den Krieg und die schlechte Ernährung an und glaubte, die erlittenen Schäden nicht mehr gutmachen zu können. Vielfach fiel noch ein kindlich-ridicul anmutendes Pathos auf: langsam, leise, feierliche und mit einem Unterton von Verbitterung erklärte er, er sei verrückt, er könne das Rauchen nicht mehr lassen, käme nie mehr davon los und werde nicht mehr gesund. Zu Zeiten, da er gelockerter war, sprach er in seiner Mundart und bat um Hilfe, damit er wieder gesund werde und eine neue Arbeitsstelle finden könne.

Auch sein Lebenslauf, der in korrektem Deutsch verfaßt und ordentlich niedergeschrieben wurde, stellte eine Aneinanderreihung von Unfällen, Krankheiten und Beschwerden dar und enthielt einen Schlußsatz, der für seine Person recht charakteristisch scheint: Von starken Kopfschmerzen laufend geplagt, die nichts haben lindern können, sah er keinen anderen Ausweg mehr, als erneut in ein Krankenhaus zu gehen in der Hoffnung, daß ihm hier geholfen werde, damit er sich nicht sein ganzes Leben lang von anderen Menschen ernähren lassen müsse.

Durch den kindlich-pathetischen Ton hindurch klingt hier deutlich seine Lebensangst und die ernste Erkenntnis, daß er unfähig sei, das Leben zu meistern.

Psychisch: Meist dysphorisch gestimmt, kontaktschwach, mit hypochondrischen Neigungen, auf sein Leiden fixiert, von unechter, kindlich-pathetischer Haltung. Neigung zu massiven hysterischen Mechanismen.

Intelligenz einem guten Durchschnitt entsprechend.

Motorik: steif, gezwungen.

Somatisch: Dysplastischer Habitus.

Hyperhidrosis und lebhafter Dermographismus. Hyperopie beiderseits mit Herabsetzung des Sehvermögens rechts. Neurologisch: abgesehen von einem demonstrativen Wackeln beim Zeigerversuch, Schwanken beim Romberg und Blindgang, o.B.

Auch waren alle anderen Untersuchungen zum Ausschluß eines organischen Prozesses, einschließlich EEG, normal.

Encephalogramm: Die Seitenventrikel sind für das Alter zu weit. Spitzen der Schmetterlingsfigur abgerundet, mit Betonung links. Übriger Befund normal.

Fall 32: Edith S., 16 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater und Mutter gesund. - 7 Geschwister, davon eine Schwester mit 4 Monaten gestorben. Ein Bruder lief mit 19 Jahren ohne einfühlbaren Grund von zu Hause fort, um in die Fremdenlegion einzutreten. Übrige Geschwister unauffällig. - In der Sippe keine Geisteskrankheiten bekannt.

Entwicklung: Geburt normal. Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Als Kleinkind Masern und Keuchhusten, mit 11 Jahren Blinddarmentzündung; mit 13 Jahren zweimal Rippenfellentzündung. Mit 14 Jahren starke Unterleibsblutung.

Einschulung mit 6 Jahren. Sie kam in der Schule gut mit, bereitete keinerlei Erziehungsschwierigkeiten. Wegen ihrer Krankheiten blieb sie einmal sitzen. Im übrigen wird sie von der Mutter als "brav, sparsam, strebsam und überall beliebt" geschildert.

Nach der Schulentlassung arbeitete sie in Krankenhäusern und Heimen als Hausmädchen, zuletzt als Schwesternvorschülerin in einem Diakoniekrankenhaus.

Mit 10 Jahren bekam sie ihren ersten "Anfall". Dabei sank sie in sich zusammen. Zungenbiß, Zuckungen, Zyanose oder Einnässen sind nie beobachtet worden. Dauer des Anfalls 10 - 15 Minuten. Damals traten drei dieser Anfälle auf und sistierten dann bis zum 15. Lebensjahr. Seit ihrer Beschäftigung im Diakoniekrankenhaus stellten sich die Anfälle regelmäßig ein, zuletzt gehäuft und zwei Tage vor der Aufnahme in die Klinik in einer fast kontinuierlichen Folge, so daß auswärts ein Status epilepticus angenommen wurde.

Kurz nach ihrer Klinikeinweisung konnte ein derartiger Anfall beobachtet werden: Die Augen waren weit geöffnet, die Bulbi wurden zeitweise nach oben verdreht; doch bestand keine Bewußtlosigkeit. Die Reaktion auf Schmerzreize war zunächst gut, nach kurzer Zeit ließ sie nach und war bei überraschender Wiederholung erneut vorhanden. Näherete man den Augen einen Gegenstand, so schloß sie die Lider regelmäßig. Sie antwortete nicht auf Fragen, lag steif und mit deutlichem Opisthotonus im Bett, die Arme hielt sie gestreckt, die Finger gespreizt. Die Pupillenreaktion war ungestört, Babinskigruppe negativ. Atmung leicht forciert, Gesichtsfarbe rosig. Der Zustand dauerte etwa 10 Minuten an. Nach dem Anfall sprach sie lallend.

Im Verlauf vieler Aussprachen erzählte Edith, daß sie das Herannahen des Anfalls stets spüre; für Sekunden werden es ihr kalt und nebelig im Kopf. Zwar höre sie während des Anfalls, wenn sie angesprochen werde, spüre, wenn man sie anfasse, könne aber keine Antwort geben; alles sei weit entfernt.

Wir erfuhren auch, daß sie eine herzkrankte Krankenschwester, eine Freundin von ihr, die ähnliche Zustände hatte, gepflegt habe, und daß ihr deren "Anfälle" sehr nahe gegangen seien.

In den darauffolgenden Wochen verteidigte das Mädchen den einmal bezogenen Standpunkt des Krankseins. Trotz aller ärztlichen Aufklärungsversuche - alle klinischen Untersuchungen, einschließlich des EEG, waren negativ und wurden ihr mitgeteilt - ließ sie sich nicht überzeugen und produzierte täglich neue Beschwerden wie Bauchschmerzen und Nasenbluten. Die "Anfälle" traten mit großer Regelmäßigkeit weiterhin auf. Selbst die Aufklärung darüber, daß die Anfälle und das ständige Kranksein ein Hinderungsgrund für die Ausbildung als Schwester seien, vermochte an ihrer Haltung nichts zu ändern. Kraftlos und schlapp schlenderte sie über den Korridor und blieb die meiste Zeit im Bett liegen. Sie drohte sogar mit einem Wechsel des Krankenhauses, weil hier ihrer Meinung nach nicht gründlich genug untersucht werde.

Auch in ihren sonstigen Äußerungen mischte sich häufig kindliche Unbeholfenheit mit naivem Pathos: "Als ich die Gemeindeschwester sah, wie sie anderen Menschen immerzu geholfen hat, wußte ich, daß ich in einem anderen Beruf nie mehr glücklich werden würde"; außerdem soll ihr Vater Grund haben, auf sie stolz zu sein.

Gegen Ende der klinischen Behandlung wurde sie etwas lebhafter, aufgelockerter, stand meist auf und zog sich an. Sie machte auch gelegentlich Anstalten, anderen Patienten zu helfen. In leidlich gebessertem Zustand konnte sie nach Hause entlassen werden.

Wenige Wochen später wurde sie durch ein auswärtiges Krankenhaus erneut zu uns eingeliefert. Auch dort wurden psychogene Anfälle mit Arc de cercle beobachtet, die auf psychotherapeutische Aussprache dann sistierten. Edith bot nun einen successiven Brechreiz und intermittierend auftretendes Erbrechen, wofür keine organische Erklärung gefunden werden konnte. Nach Abklingen dieser Beschwerden brach sie beim Fiebermessen das Thermometer ab, so daß das Rectum chirurgisch ausgeräumt werden mußte. Durch diesen Vorfall wurde ihr Aufenthalt in jenem Krankenhaus nicht mehr tragbar.

Bei uns klagte sie ständig über Bauchschmerzen, Brechreiz, sie erbrach auch einige Male. Sie versuchte sich in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen, indem sie zur Leiterin der Schwesternschule ging und dort erzählte, es sei eine ernste Operation bei ihr vorgesehen. Sie begleitete daraufhin eine der Schwestern auf einem Weg außerhalb des Klinikgeländes, gab Angst vor, zurückzukehren und flüchtete in das Diakoniekrankenhaus, wo sie ihre Ausbildung begonnen hatte. Sie wurde am gleichen Tag von dort in Begleitung wieder in die Klinik gebracht. Zu dem Vorfall nahm sie keinerlei Stellung.

Auch bei ihrem zweiten Aufenthalt imponierte sie als antriebsarm, in sich gekehrt, in der Stimmung gleichgültig, im Benehmen oft kindlich naiv. Sie drohte z.B., sich für die Dauer der Visite auf der Toilette zu verstecken, um so Äußerungen, die ihr nicht behagten, zu entgehen. Aus ihren Schilderungen klang wieder infantile Wichtigtuerei: sie nahm sich nun vor, für ihre Freundin, die neuerdings zwei Freunde hatte und auf die schiefe Bahn geraten sei, bei der Diakonie Großes zu vollbringen, um damit alles gut zu machen.

Psychisch: Stimmungsmäßig meist gleichgültig, antriebsarm, initiativlos, geltungsbedürftig mit unechter infantiler Lebenseinstellung und Zügen von kindlichem Pathos. Haltung schlapp, Muskeltonus schlaff, Gang torkelnd, breitbeinig (ohne organische Kriterien), Bewegungen schwerfällig.

Somatisch: Dysplastisch-pyknischer Habitus.

Diskrepanz zwischen den kindlichen Gesichtszügen und dem acceleriert entwickelten Körper.

Encephalogramm: Keine pathologischen Veränderungen.

Besprechung der Gruppe IV.

Trotz der jüngsten Bestrebungen, den Terminus "Hysterie" aus dem psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Sprachgebrauch zu streichen, greifen wir dennoch zu diesem Begriff und sprechen von hysterischen Mechanismen, weil wir glauben, durch diese Bezeichnung die gebotenen Charakterabnormitäten am schärfsten zu treffen.

In Anlehnung an KRANZ verstehen wir unter hysterischen Mechanismen seelisch entstandene und festgehaltene Körperstörungen, denen eine psychologisch einfühlbare Darstellungstendenz innewohnt, und die aus einer unverkennbaren Emotion bzw. einer Affektspannung heraus erwachsen (=hysterische Mechanismen im engeren Sinne).

Ein pendant dazu wären die psychogenen Störungen im Psychischen oder die "accidents mentaux", während man die fragwürdige und verschwommene Bezeichnung "psychogene Psychosen" am besten außer Betracht läßt.

Die von uns hier geschilderten Jugendlichen bieten beides: hysterische Reaktionen sowohl im körperlichen als auch im seelischen Bereich. Die relative Häufigkeit dieser Störungen (7 unter 34) ist nicht erstaunlich, weil hier zur Darstellung gerade die Altersstufen gelangen, die in vermehrtem Maße zu hysterischen Mechanismen neigen. "Wenn wir die Kriegs- und Rentenhysterien beiseite lassen, so gehören, ganz entsprechend den Beobachtungen KRÄPELIN's. auch in unserem Material die Mehrzahl der Hysterischen dem Pubertätsalter und seinem Umkreis an" - schreibt KRETSCHMER (1948).

Ein neuer Gesichtspunkt ist die Berücksichtigung der encephalographischen Befunde dieser Jugendlichen und die Feststellung des frühkindlichen Hirnschadens. Sie spricht für die Wahrscheinlichkeit, daß unter den Hysterikern manche Fälle von frühkindlich Hirngeschädigten sein können, weil die seelische Retardierung unserer Jugendlichen, die Verlangsamung ihrer Triebabreifeung und Hemmung des puberalen Instinktwechsels Eigenschaften sind, die wir in den vorausgegangenen Besprechungen hirngeschädigter Jugendlicher demonstrieren und herausarbeiten konnte. Sie stellen gewissermaßen das Rüstzeug für hysterische Mechanismen dar. Die Hysterie ist in erster Linie eine Reaktionsform des "unentwickelten, naiven Seelenlebens" sagt KRÄPELIN, und KRETSCHMER (1948) zeigt, daß das Fortbestehen von infantilistischen Entwicklungshemmungen und seelischen Frühpubertätsstigmata mit Vorliebe den Boden für hysterische Reaktionen abgibt.

Wie in den vorausgegangenen Gruppen, finden wir auch bei den zuletzt geschilderten Jugendlichen deutliche Retardierungsstigmata:

Karl Martin A. (Fall 25) ist voller Angst und Aggression gegenüber der väterlichen Autorität und er befürchtet, die väterliche Gewalt könne ihn überall erreichen. "Sie dürfen nur nichts meinem Vater sagen!" - ist sein ständiger Leitsatz. Die bei ihm deutliche Stockung der Pubertätsreife bringt es mit sich, daß er sich über die in der Kindheit erlebten Enttäuschungen nicht hinwegsetzen kann und häusliche Strafmaßnahmen dem Vater erbittert nachträgt. Diese summieren sich in seinen Vorstellungen zu einem großen Unrecht, zum ständigen Benachteiligtsein. Er sucht einen Elternersatz außerhalb der Familie, indem er sich alten Leuten freier religiöser Gemeinden anschließt. Zu Altersgenossen hat er keinen Kontakt, zur inneren Loslösung von den Eltern keine entsprechende Reife, und so bleibt er in der Pubertätsklemme stecken, voller dumpfer Affekte, die er schmerzlich empfindet und denen er hilflos gegenübersteht. So oft die Frage seiner Heimunterbringung oder Entlassung aus der Klinik akut wird, gerät er in stundenlang anhaltende Erregungszustände mit heftigem Umsich-Schlagen, die in allen Einzelheiten dem KRETSCHMERschen "Bewegungsturm", entsprechen. Dieser, von dunklen Trieben gespeist und stark wie die Triebe, schließt das nur zum Teil bewußte, aber deutlich empfundene Ziel in sich, aus der unerträglichen Lage so rasch wie möglich herauszufinden. Der Bewegungsturm gehört zu den entwicklungsgeschichtlich älteren Reaktionsformen und ist in der Tierreihe weit verbreitet. (Man denke an den Vergleich mit dem schwimmenden Infusorium, das der Zone des erhitzten Wassers nahekommt und mit einer Überproduktion von regellosen Bewegungen darauf reagiert, bis durch eine der Bewegungen die "rettende Richtung" getroffen wird). Beim Menschen - nach KRETSCHMER (1948)-tritt diese ältere Reaktionsform in Erscheinung entweder bei Erlebnisreizen von schädlicher Überstärke oder bei unterwertigen, unzureichenden Konstitutionen. Im geschilderten Fall trifft das Letzte zu, denn es handelt sich hier nicht nur um eine infantile, retardierte Persönlichkeit, die sich bereits in der Vorpubertät nur zögernd und verspätet entwickelte (siehe Entwicklung S. 95), sondern auch um einen geistig minderbegabten Jugendlichen, der anscheinend im erhöhten Maße über Umschaltfähigkeit psychophysischer Apparate verfügt. Die Schilderung der Untersuchung ist die beste Illustration dieses Umschaltvermögens: es werden die Augen zugekniffen, heftige Abwehrbewegungen mit Armen und Beinen vollführt; ein Zittern in den Extremitäten und eine starke Hyperventilation treten auf. Erst nach mehreren

Minuten wird er erneut zugänglich. Anscheinend ist auch eine andere Eigentümlichkeit der "Hysteriker" in der Persönlichkeitsstruktur unseres Jugendlichen verankert, nämlich die Neigung zu eigenartigen Bewußtseinsveränderungen, zur Bewußtseinspaltung, zur Automatisierung, zu "hyponoischen und hypobulischen Zuständen". Wir denken an den psychogenen Dämmerzustand, in dem er im neuen Heim mit einem Messer herumlief und dabei einförmig jammerte. Das Jammern bestraft das ständige Motiv der Angst vor dem Vater und der Heimkehr, und im Dämmerzustand kamen das starke Unlustgefühl gegenüber seiner Familie, seine Erbitterung und die Angst zum Ausdruck.

Während der hyponoischen Bildungen werden bei abnorm leicht dissoziablen Persönlichkeiten auf dem Wege der Persönlichkeitsspaltung die seelischen Tiefenschichten bloßgelegt und lassen mit besonderer Deutlichkeit die verborgenen Ängste und Wünsche erkennen. Aus den hyponoischen Produktionen von Karl Martin sprechen Angst- und Unlustgefühle. In den "Männern mit Riesenköpfen", die ihn "wegholen wollen", haben wir leicht zu deutende Symbole vor uns.

Auch in der Stellungnahme unseres Jugendlichen zu den eigenen hysterischen Reaktionen schimmert die gleiche Bewußtseinspaltung durch, die wir in den Störungen selbst bereits gefunden haben: Der Grund der Störung ist dem Kranken zum Teil bewußt, zugleich bleibt aber die Störung auch in der Sphäre des Unbewußten verborgen.

Die von KRETSCHMER geschilderte Bauersfrau, die auf unglückliche Eheverhältnisse mit Dämmerzuständen reagiert, sagt mit naiver Unumwundenheit: "Die, die schuldig sind, werden sich jah jetzt eine Lehre daraus ziehen".

Unser Jugendlicher äußert nach seinem Dämmerzustand: "Mein Vater haßt mich, deshalb bin ich auch so, deshalb kriege ich die Anfälle und sehe die Riesenköpfe".

Aus dieser Äußerung spricht mit aller Deutlichkeit die Darstellungstendenz, womit hier gar nicht grobe Simulation oder Sich-Verstellen-Wollen gemeint sind. Dieser infantile, primitive, ängstliche Jugendliche leidet unter dem intrapsychischen Konflikt und sucht Mitleid, Verständnis und Hilfe in seiner für ihn ausweglosen Lage. Nur tut er das nicht durch logische Kategorien und rational durchdachte Handlungen, sondern durch selbstbewußte symbolhafte Schaustellung seiner inneren Tragödie. In dieser Schaustellung liegt die Tendenz, die Umwelt für sich günstig umzustimmen, u.U. ihren Widerstand zu brechen, kurzum die äußeren Verhältnisse irgendwie zu beeinflussen.

Toni M. (Fall 26), 17 Jahre, ist ein schwächlicher, ängstlicher, auch an geistigen Gaben gekürzter Jugendlicher aus einer minderbemittelten und wenig glücklichen Familie. Die Ehe ist geschieden, der Vater verließ die Familie, die Mutter ist kränklich und kann nicht arbeiten. Anscheinend liegt es in der Konstitution dieses Jungen, aus charakterlichen Gründen körperlich zu versagen, denn er wechselt binnen kurzer Zeit viele Arbeitsstellen, weil ihm die Arbeit überall zu schwer erscheint. Als er mit 16 1/2 Jahren von einem Lehrer der Berufsschule geohrfeigt und obendrein für das letzte Jahr dispensiert wird, bekommt er Kopfschmerzen, die von ihm über Monate festgehalten werden und mit denen er seinem Hausarzt erheblich zusetzt. Zu dem geschilderten Kummer tritt noch ein weiterer hinzu: wegen des Totschießens eines Vogels wird er zu 3 Tagen Jugendarrest verurteilt. Auch diesen Vorfall nimmt der Junge sich sehr zu Herzen. Schließlich wird er einige Wochen später von seinem Vorarbeiter zu-rechtgewiesen, weshalb ein kleiner Streit entsteht. Dieser Vorfall ist der letzte Auslöser der hysterischen Mechanismen. Am gleichen Tag bekommt Toni seinen ersten Anfall, der anscheinend mit arc de cercle und verändertem Bewußtsein einhergeht (hier wohl mehr nach Typ des Totstellreflexes). Seit dieser Zeit treten Anfälle mit heftigem Um-Sich-Schlagen bei herabgesetzter Schmerzempfindlichkeit häufig in Erscheinung: Durch diese "Anfälle" rückt unser Jugendlicher plötzlich in den Mittelpunkt der allgemeinen Besorgnis. Er wird nach den Anfällen regelmäßig mit dem Auto nach Hause gefahren, die Angehörigen bangen vor dem nächsten Anfall, dessen Herannahen Toni gelegentlich im voraus annonciert; mehrere stationäre Beobachtungen werden veranlaßt, schließlich wird das Arbeitsverhältnis gelöst.

In unserer Klinik fiel der Junge durch kindlich-naive Trotzreaktionen auf, indem er z.B. das Essen verweigerte, wenn die Mutter nicht auf Besuch kam, oder mit einem Suicid drohte, wenn die geforderte Entlassung nicht sofort erfolgt. (Diese letzten Details nur zur Charakteristik der Gesamtpersönlichkeit.)

So haben wir hier einen infantilen, schwachbegabten psychasthenischen Jugendlichen vor uns. Vor die Aufgaben eines Erwachsenen gestellt, im Arbeitsverhältnis stehen und Geld verdienen zu müssen, reagiert er darauf mit dumpfem seelischen Mißbehagen, welches durch eine Kette von banalen Ereignissen noch dauernd gesteigert wird. Begünstigend wirkt hier noch der Mangel an Geborgenheit im häuslichen Milieu, wenn man seine auffallend infantile seelische Entwicklung berücksichtigt, so daß die erwähnte Zurechtweisung durch den Vorarbeiter, wie

ein Funken einschlägt, der die dumpfen Unlustgefühle unseres Jugendlichen zur Manifestation bringt. Auch hier, wie im vorigen Fall, enthalten die hysterischen Manifestationen eine deutliche Darstellungstendenz.

Weniger eindrucksvoll sind die hysterischen Symptome bei Margarete H. (Fall 27). Dies ist ein 18-jähriges, primitiv-strukturiertes, an körperlichen und geistigen Reizen gekürztes Mädchen, dessen Kindheit und Jugend sich aus familiären Gründen nicht sehr glücklich gestalteten. Sie wuchs in Heimen auf und arbeitet seit ihrer Jugend in Heimen, wo sie sich nach außen hin gut einordnet. Seit zwei Jahren gibt sie vor, an unerträglichen Kopfschmerzen zu leiden. Diese Beschwerden waren Grund zur Einweisung in die Klinik. Hier hatten wir immer wieder den Eindruck von psychogenem Charakter der Beschwerden (nach sorgfältigem Ausschluß aller organischen Ursachen). Das Mädchen verkroch sich ins Bett, machte keine Anstalten aufzustehen oder mit ihrer Umgebung Kontakt aufzunehmen. Schließlich produzierte sie einen Anfall, der aller organischen Kriterien entbehrte. Wir beobachteten lang andauernde strampelnde Bewegungen und ein Hin- und Herwerfen des Kopfes, also wiederum eine motorische Entladung aus einer dumpfen Affektspannung heraus. (Das Mädchen wirkte immer dysphorisch, antriebsarm, unlust erfüllt).

Die bisher besprochenen Fälle möchten wir den häufigsten Erscheinungsformen der hysterischen Mechanismen zurechnen: intellektsschwache, primitiv-strukturierte Persönlichkeiten, "Minusvarianten oder banale Verkümmierungsformen" - wie KRETSCHMER sie nennt -, mit deutlich infantilen Stigmen körperlicher und psychischer Art (Fall 25, 26 und 27), entweder von verdießlicher Gleichgültigkeit, affektiv kümmerlich, fast torpide (Margarete H., Fall 27) oder ängstlich-schüchtern, schreckhaft und erregbar (Karl-Martin A., Fall 25 und Toni M., Fall 26). Diesen drei Jugendlichen möchten wir Brigitte S. (Fall 28) gegenüberstellen mit ihrer guten Intelligenz, gewandtem Auftreten, ihrer lebhaft reagierenden Frühpubertätspsyche und der für sie so charakteristischen pseudologistischen Entstellung des Erlebten. Der zuletzt genannte Zug ist hier am deutlichsten. Über viele Wochen in verschiedensten Aussprachen und vor verschiedenen Ärzten schildert sie ihre verwickelte Lage stets in gleicher Weise. Dabei flüchtet sie sich hartnäckig in das Reich ihrer pseudologistischen Schöpfungen, in dem sie die Rolle einer viel Umworbenen, Begehrten und Verwöhnten, aber Unnahbaren spielt. In diesem von ihr erfundenen "Roman" wird sie von ihrem ersten Verehrer, "einer wahren Filmschönheit" zur Ehe und intimen Beziehungen gedrängt. Sie aber repräsentiert die kühle Vernunft und lehnt lange und hartnäckig beides ab. Als sie schließlich einwilligt, macht er den verzweifelten Versuch, sie durch ein Kind an sich ehelich zu binden. Sie aber nimmt alle Widerwärtigkeiten eines unehelichen Kindes auf sich und verweigert ihm die Ehe. Sofort erscheint der nächste Verehrer, der sie schont, auf den Händen trägt, nach intimen Beziehungen nicht verlangt und treu und geduldig auf ihre Entscheidung wartet. Sie aber steht auch dieser Werbung mit kühler Reserve gegenüber.

Wie anders sieht die Wirklichkeit aus! Der Kindesvater ist ein verheirateter Mann mit vielen Kindern in Mitteldeutschland, der obendrein keine Alimente zahlen kann. Der zweite Verlobte, ein Trinker, hegt Bedenken gegen die Ehe mit ihr; es scheinen intime Beziehungen zwischen den beiden seit Anfang zu bestehen. Diese grobe Entstellung der Tatsachen ist keine bloße Verdrängung der unerfreulichen Wirklichkeit. Vielmehr findet in den von Brigitte ausgesprochenen Schilderungen die Frühpubertätspsyche des Mädchens ihren Ausdruck: schwärmerisch-überspanntes psychisches Sexualziel. (Die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen traten auf, als das Mädchen sich seiner Schwangerschaft bewußt wurde.) Die Vorliebe des unreifen Alters für das Imposante schimmert aus den Erzählungen durch. (Der Kindesvater wird als eine "Filmschönheit" geschildert, dem keine Frau widerstehen kann.) Auch die backfischmäßigen Ideale, von dem Liebespartner auf den Händen getragen, verwöhnt und verhätschelt zu werden, - Reste der Kinder-Eltern-Bindung - treten uns hier entgegen. Die hartnäckige Verneinung der sexuellen Beziehungen, die in Wirklichkeit auch mit dem zweiten Verlobten bestanden haben, ist als uneingestandene Angst davor aufzufassen - ebenfalls ein Charakteristikum der Frühpubertätspsyche -. Wir erinnern daran, daß das zweite massive Auftreten der Abasie, der Hemianalgesie und Aphonie zeitlich mit der 2. Verlobung zusammenfällt. Die treibende Kraft, die das Mädchen trotz Abneigung dennoch zu sexuellen Beziehungen verleitet, liegt in ihrem zwiespältigen Wesen verankert, das autistisch und kindlich-anlehnungsbedürftig zugleich ist. Begünstigend wirkt ihre Protesthaltung gegen die eigene Familie und Ressentiments gegen die Mutter (ebenfalls puberale Stigmen der Psyche). So sind die Angaben des Mädchens eine seltsame Mischung zwischen Wahrheiten und Pseudologismen.

Das besonders Eindrucksvolle und Illustrative dieses Falles ist das Auftreten von massiven hysterischen Symptomen jeweils dort, wo das Triebleben auf lebendigste berührt wird. Neben erwähnter Abasie, Hemianaesthesie und -analgesie, neben den Sprachstörungen bot das Mädchen zeitweise Bewußtseinsveränderungen

mit Anmesie und zeitlicher Desorientiertheit, die klinisch zunächst sogar an eine Intoxikation denken ließen. Auch ist die psychosomatische Umsetzungsbereitschaft dieser Jugendlichen ganz auffallend: auf eine banale Auseinandersetzung mit einer Mitpatientin reagiert Brigitte mit stundenlang andauerndem Schreien mit motorischen Entladungen, auf eine unangenehme Nachricht mit tagelangem Erbrechen.

Auch sonst verfügt diese Jugendliche in auffallendem Maße über Charaktereigentümlichkeiten, auf die man psychiatrischerseits stieß, die teilweise theoretisch festgehalten wurden und die KRANZ in seiner Arbeit (1953) zusammenfaßte und präzisierete: "erhöhte emotionale Ansprechbarkeit, Leichtgläubigkeit und Suggestibilität, Neigung zu Phantasie, Tagträumen und pseudologischer Entstellung des Erlebten, Umschaltfähigkeit psychischer Anreize auf das Somatische, die Schwankungsbereitschaft der Aufmerksamkeit und die eigenartigen Bewußtseinsveränderungen, die JANET schon als Mechanismen der Abspaltung" festgestellt hatte. Neben den aufgezählten Charakteristika stoßen wir jedoch bei diesem Mädchen auch auf andere, ihm allein eigene Züge, z.B. Anlehnungsbedürfnis gepaart mit Kontaktschwäche, Neigung zu brüskten Stimmungsschwankungen - um einiges hier zu nennen -, die ebenso tief im Wesen verankert sind, wie jene dem "hysterischen Charakter" angehörigen, und die man bei anderen zu hysterischen Reaktionen Neigenden gar nicht findet. So; um nochmals mit KRANZ zu sprechen, scheint es den hysterischen Charakter auch in unserer Kasuistik nicht zu geben. Dagegen begeben man den einzelnen der genannten Eigenschaften auch bei unseren Fällen immer wieder. So imponiert uns Heinz Z. (Fall 31) als in vermehrtem Maße emotional ansprechbar, Karl Martin A. (Fall 25) ist leicht suggestibel. Eine durch alle Fälle dieser Gruppe ziehende Eigentümlichkeit sehen wir in der erhöhten psychomotorischen Umsetzungsbereitschaft.

Jedoch ist die Umschaltfähigkeit psychischer Anreize auf das Somatische auch unter dem Krankengut unserer anderen Gruppen weit verbreitet. Der dysphorische Trinker Georg A. (Fall 7) klagt im Alkoholausbruch regelmäßig über unobjektivierbare Körperbeschwerden. Der überaus ängstliche und eingeschüchterte Eugen M. (Fall 2) manifestiert zeitweise seine innere Angst mit anhaltendem Zittern. Die 12-jährige verschlossene Heidemarie K. (Fall 13) reagiert auf den Mangel an Geborgenheit in eigener Familie mit anhaltendem Kopfwackeln. Schließlich finden wir bei Klaus E. (Fall 21) nach Besuchen seiner ihn völlig beherrschenden Mutter regelmäßige Temperaturerhöhungen.

Keihen wir nun zu den restlichen Fällen unserer letzten Gruppe zurück. Die schleichend sich einstellenden und festgehaltenen Sprachstörungen bei Walter R. (Fall 29) könnte man als hysterische Reaktion auf eine chronische Lebensangst eines selbstunsicheren, affektiv gehemmten Jugendlichen auffassen. Die Darstellungstendenz dieser Störung ist nicht so leicht einfühlbar, wie bei den übrigen bisher geschilderten Fällen dieser Gruppe. Seine widersprüchliche Einstellung zu dieser Sprachstörung ist aber wiederum für "hysterische" Psyche sehr charakteristisch: wir können eine deutliche Willensspaltung bei ihm verfolgen. Der "Zweckwille" (KRETSCHMER) stößt sich an der Sprachstörung und läßt unseren Jugendlichen die Klinik aufsuchen. Der dunkle, mit Reflexapparaten aufs Engste verzahnte "hypobulische Wille" sträubt sich gegen die Beseitigung der Störung und zwingt den Kranken zur Passivität oder gar zur Ablehnung der Behandlung. Mit aller Deutlichkeit kann man bei diesem Patienten auch anderen Bereitschaften zum Umsetzen seelischen Mißbehagens in körperliche Symptome beobachten: schon immer bestand bei ihm die Neigung zum Händezittern über längere Zeit nach banalen Anlässen; in der Klinik bot er ein eigentümliches, ticartiges ruckendes Kopfwackeln, das sich bei affektiver Zuwendung noch verstärkte.

Ähnlich ist auch der Fall 30, Josef F., zu beurteilen. Bei diesem gehemmten, selbstunsicheren, dysphorischen Jugendlichen, der in den Entwicklungsjahren mehrere unмотiviertere und wenig einfühlbare Berufsentschlüsse faßt, stellt sich etwa mit dem 21. Lebensjahr eine zunehmende Ungeschicklichkeit in der rechten Hand ein. Die Finger wollen nicht gehorchen, die Hand zittert, er selbst bekommt in Gegenwart von Beobachtern Beklemmungsgefühle. Wenn wir uns vor Augen führen, daß der junge Mann kaufmännischer Angestellter von Beruf und seine Tätigkeit die des Schreibers ist, so tritt das Symbolhafte dieser Körperstörung mit aller Deutlichkeit hervor. Durch das "Versagen der Hand" erscheint seine Existenz aufs Gefährlichste bedroht. Die dumpfe chronische Lebensangst, die in der charakterlichen Selbstunsicherheit verankert ist, wird hier in die Handbeschwerden umgesetzt, wodurch der Beruf und das Einkommen schon ganz einfühlbar in Frage gestellt erscheinen. Auch dieser junge Mann lebt in deutlicher Willensspaltung: der Zweckwille sucht ärztliche Hilfe, der hypobulische Wille klammert sich an die einmal fixierten Störungen und sträubt sich gegen ihre Beseitigung. Zur Behandlung erscheint der Jugendliche stets mißmutig, im voraus skeptisch bezüglich des Erfolges und er weigert sich bezeichnenderweise, einen anderen Posten, ohne Schreibarbeiten, bei seiner Firma anzunehmen, weil dadurch das Bedrohliche seiner

Den von ihr gebotenen Verhaltensweisen nach gehört auch Heide S. (Fall 5) zu den hysteriform Reagierenden; auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur jedoch haben wir sie in unserer Gruppe I der Dysphorischen, Kontaktschwachen und Antriebsarmen abgehandelt.

Das in fremder Umgebung verschlossene und äußerst bescheidene Mädchen, das durch Geltungsbedürfnis gar nicht auffällt, quält ihre Familie durch wilde, lang anhaltende Schreiszzenen, die sie auf banale Anlässe hin veranstaltet. Wir möchten diese Äußerungen als hysteriforme Manifestationen eines retardierten, den puberalen Instinktwechsel schmerzlich erlebenden Mädchens auffassen. In den wilden Schreiszzenen finden die eingeklemmten Affekte ihrer Auflehnung gegen die Eltern ihre Abfuhr.

Auf die verwandtschaftliche Beziehung des Falles 22 zu unserem hysteriformen Kreis ist in der Besprechung der Gruppe III hingewiesen worden. Während eines sich dauernd zuspitzenden und das Triebleben aufs empfindlichste berührenden Konflikts gerät ein urteilsschwacher, unselbständiger 24-jähriger Mann in einen über Stunden anhaltenden Bewegungsdrang und Redefluß mit Bewußtseinsveränderungen.

Als Letzten dieser Gruppe brachten wir den 19-jährigen Heinz Z. (Fall 31). Dieser junge Mann ist in vielfacher Weise auffällig: Er ist ein ausgeprägter Hypochonder, der zur ständigen ängstlichen Selbstbeobachtung neigt. Sein Lebenslauf ist eine ununterbrochene Kette von Körperbeschwerden, Krankenhausaufenthalten und klinischen Untersuchungen (darunter allerdings auch einige objektiv festgestellte Erkrankungen). Wir erfahren, daß er schon in der Schulzeit wegen "Schwächeanfällen" mit einem Krankenwagen des öfteren nach Hause gefahren werden mußte. Das häufige Versäumen des Unterrichts zwecks körperlicher Schonung brachte es mit sich, daß der Junge trotz guter Intelligenz in der 4. Volksschulklasse sitzen geblieben war. Die nach Abschluß der Volksschule begonnene Arbeit gibt er sehr bald auf, weil der Arbeitgeber die häufig auftretenden "Anfälle" beanstandet. Interessanterweise sistieren die Anfälle nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Es stellten sich sofort andere Beschwerden ein: Leischmerzen, Herzbeschwerden. Es wird appendektomiert, ohne daß eine Appendicitis vorliegt. Es wird eine Myocarditis diagnostiziert, die Diagnose wird bald jedoch zu "Kreislaufstörungen" korrigiert. Zwischen den einzelnen Krankenhausaufenthalten vergehen immer Monate, während deren der junge Mann gar nichts tut. Eine neue Serie von "Anfällen" tritt sofort mit dem neuen Arbeitsversuch auf.

Bei uns imponierte der Jugendliche als geltungsbedürftig, kritik- und urteilsschwach, als selbstunsicher und ängstlich. Seine Äußerungen waren oft pathetisch gefärbt - ein infantiler Zug. Seine sonstige Haltung verriet so viel Demonstratives, billig Theatralisches, dass die Darstellungstendenz, die sonst bei hysterischen Symptomen im Bereich des Affektiven ruht, hier direkt ins Rationale verlegt zu sein schien. Durch diesen letzten Zug können die gebotenen Symptome nicht zu den rein hysterischen Mechanismen gerechnet werden, sondern imponieren mehr als demonstrative Aggravationen bei einem hypochondrischen, ängstlichen Jugendlichen. Wir wissen aber heute, daß zwischen den hysterischen Manifestationen, der Aggravation und gar der Simulation es häufig fließende Übergänge gibt.

Wie auch andernorts bringen wir nachstehend die encephalographischen Auffälligkeiten in Tabellenform.

Tabelle IV: Gruppe IV; Encephalographische Befunde.

Fall	Seitenventrikel rechts	links	3.Ventrikel	Sonstiges
25	etwas weit	etwas weit, Spitze des Schmetterlingsflügels etwas abgerundet	-	Recessus suprapin. ungewöhnlich weit
26	normal konfiguriert	allg. plumper rechts; obere Stammgangliengrenze tiefer als rechts	-	-
27	auffällige Abrundung der Spitze des Schmetterlingsflügels wie li.	auffällige Abrundung der Spitze des Schmetterlingsflügels wie auch rechts	auffallend weit, größter Durchmesser 7 mm	-

Tab. 4 Forts.

Fall	Seitenventrikel rechts	links	3.Ventrikel	Sonstiges
28	verplumpt, stärker als li; Spitze des Schmetterlings- flügels deutl. ab- gerundet.	verplumpt, geringer als re; Spitze des Schmetterlingsflügels deutl. abgerundet	-	sehr frühe Entw.- Störung wahr- scheinlich *)
29	Spitze des Schmetter- lingsflügels leicht abgerundet; Spitze steht etwas höher als links		- 3.	-
30	pathologisch ver- plumpt, etwas weiter als links;	pathologisch verplumpt	birnenförmig; pathologisch verplumpt.	-
31	für das Alter zu weit, geringer als li; Spitze der Schmetterlingsfigur abgerundet	für das Alter zu weit; Spitze der Schmetterlingsfigur abgerundet, stärker als re.	-	-
32	Kein pathologischer Befund			

Auch hier, wie in der übrigen Kasuistik, beobachtet man encephalographisch eine nicht sehr ausgeprägte Erweiterung des einen oder beider Seitenventrikel, Abrundung einer oder beider Spitzen der Schmetterlingsfigur und in zwei Fällen eine Erweiterung des 3. Ventrikels. Vergleicht man die encephalographischen Tabellen untereinander, so stößt man in der Mehrzahl der Fälle auf ähnliche Befunde.

Die letzte Patientin dieser Gruppe (Fall 32) verdeutlicht die bereits oben ausgesprochene Ansicht, daß man auch bei hirngesunden Jugendlichen auf sehr ein-drucksvolle, farneichen hysteriforme Mechanismen stoßen kann. Dieses 16-jährige Mädchen klammert sich hartnäckig an ihre psychogenen Körperstörungen und hysteriformen Äußerungen (Totstellreflex) und bedroht auf diese Weise ernstlich ihre eigene Berufsausbildung und Zukunft. Ihre Charakterstruktur erinnert lebhaft an unsere farneichste Hysterica (Fall 28). Man begegnet auch hier einer unechten Einstellung zur Wirklichkeit, einer romanhaften Ausgestaltung des Erlebten und einer kindlich-naiven Vorliebe für das Erhabene und Pathetische. Der encephalographische Befund ist aber hier völlig unauffällig, und es besteht keinerlei Anhalt für einen frühkindlichen Hirnschaden.

Wenn die Literatur über den frühkindlichen Hirnschaden bislang keinen Hinweis auf die Neigung encephaloperotischer Individuen zu hysteriformen Mechanismen enthält, so liegt es daran, daß die derzeit vorliegenden Beobachtungen jüngere Altersstufen betreffen, als die bei uns zur Analyse gebrachten. In Bezug auf Kinder aber wäre die Begriffsanwendung "hysteriforme Mechanismen" fragwürdig. Kinder bedienen sich zur Affektentspannung schon physiologischerweise der phylogenetisch älteren Bahnen, wie KRETSCHMER (1948) zeigen konnte. Er spricht von normalen kindlichen Affektparoxysmen, die im Bewegungsturm ihren Ausdruck finden. Erst die gesteigerten tendenziösen Affektentladungen mit Bewußtseinsstörung, Blauwerden und anklingendem Krampfcharakter müssen den Beobachter nachdenklich stimmen. Von hier aus ist der Schritt zu hysterischen, mit "ungebärdigem" Affektausdruck geladenen Anfällen der Jugendlichen nicht mehr weit.

*) weil die Seitenventrikel isoliert verplumpt sind und keine Erweiterung des 3. und 4. Ventrikels zu verzeichnen ist.

A b s c h l i e ß e n d e B e s p r e c h u n g .

Die in den letzten Jahren immer häufiger gestellte Diagnose "frühkindlicher Hirnschaden" ließ die Aufgabe lohnend erscheinen, die Persönlichkeitsstrukturen, Charakterabnormitäten und Verhaltensweisen solcher Individuen zu untersuchen, deren psychische Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten und wenn möglich im Psychischen Charakteristisches zu finden und als solches hervorzuheben.

Man war bestrebt, im Untersuchungsgut soweit wie möglich reine Fälle von frühkindlichen Hirnschäden vorzustellen. Fälle mit noch so geringem Verdacht auf Psychose oder Epilepsie wurden ausgeschlossen, ebenfalls Fälle von Schwachsinn, zumindest solche höheren Grades.

Bei der Einteilung des Untersuchungsguts in Gruppen sind für uns nicht die untereinander ähnlichen Entgleisungen maßgeblich gewesen, sondern verwandte seelische Strukturen (Gruppe I und II) oder wenigstens analoge Charakter- und Verhaltensabnormitäten (Gruppe III und IV). Nach Auswahl des Krankengutes ergab sich dann von selbst die Einteilung in die einzelnen Gruppen.

Für die 9 Fälle der Gruppe I haben sich als Grundzüge der Tiefenperson dysphorische Grundstimmung, Kontaktschwäche - vielfach gesteigert zu autistischer Haltung -, Antriebsarmut, die sich zuweilen zu Mutismus zuspitzte, herauskristallisiert. Man könnte versucht sein, auf Grund der Ergebnisse in Gruppe I, diese sich wiederholenden Charakterabnormitäten als spezifisch für einen frühkindlichen Hirnschaden anzunehmen, zumal auch die encephalographischen Befunde gewisse Übereinstimmungen untereinander aufweisen. Doch kommen gleichartige Charakterstrukturen - sogar in extremer Ausprägung - bei normalem Encephalogramm und hirngesunden Jugendlichen vor (Fall 10). Somit läßt sich nur sagen: Die herausgearbeiteten Charakterstrukturen sind zwar auf einen frühkindlichen Hirnschaden sehr suspekt, aber nicht dafür beweisend.

Den am Krankengut der Gruppe III (3 Kinder) geschilderten Verhaltensabnormitäten mit unbeherrschbarer Umtriebigkeit, Rastlosigkeit, Schwatzhaftigkeit und ständigem Bewegungsdrang konnten wir kein hirngesundes Kind mit gleicher Verhaltensweise gegenüberstellen. So müssen wir die Frage offen lassen, ob sich diese Verhaltensweisen immer für die Annahme einer frühkindlichen Hirnschädigung verwerten lassen.

In Gruppe III ließen sich Fälle zusammenfassen, die Triebstörungen aufweisen. Bei genauerer Analyse konnte gezeigt werden, daß es sich nur in einem Teil der Fälle um echte Triebenthemmungen (Fall 14, 20; bedingt auch Fall 15) handelte, in anderen Fällen eine Triebenthemmung dagegen durch andere seelische und situative Bedingungen vorgetäuscht war (Fall 16, 17). Auch erweckte die Verzögerung in der Ausreifung des Trieblebens und die damit zusammenhängende Triebunsicherheit und Triebverirrung den Eindruck einer Triebenthemmung (Fall 21, 16). Solche Triebunsicherheit mit Vortäuschung einer Triebenthemmung konnten wir aber auch bei hirngesunden Jugendlichen aufzeigen (Fall 22, 23).

Schlußfolgerung: Wir möchten eine echte Triebenthemmung, wenn nicht durch andere Faktoren vorgetäuscht, als recht kennzeichnend für einen frühkindlichen Hirnschaden ansehen, obwohl in solche Fällen im 2. und 3. Lebensjahrzehnt auch an Restzustände einer Encephalitis lethargica gedacht werden muß. - Triebunsicherheit und -verirrung auf dem Boden einer verzögerten Ausreifung des Trieblebens sind bei Jugendlichen zwar nicht beweisend - sie kommen auch bei Hirngesunden vor -, müssen aber an einen frühkindlichen Hirnschaden denken lassen. Die genauere Begründung unserer Auffassung ist in der Besprechung der Gruppe III enthalten.

Die IV. Gruppe befaßt sich mit hysteriformen Reaktionen. Und zwar wurden einerseits Jugendliche geschildert, die vorwiegend durch ihre hysteriformen Verhaltensweisen auffällig wurden; zum anderen wurde retrospektiv das bereits vorher besprochene Krankengut auf diese Reaktionsform hin untersucht. So fanden wir hysterische Mechanismen in der Kasuistik weit verbreitet. Jedoch ist diese Reaktionsform - wie schon in der Gruppenbesprechung betont - für das Pubertätsalter und seinen Umkreis etwas durchaus häufiges und wird besonders durch Infantilismen und Retardierungszüge in der Psyche begünstigt. So ist ihre Häufung bei unseren untersuchten Fällen nicht besonders verwunderlich. Für ihr Auftreten möchten wir nicht den frühkindlichen Hirnschaden ansuldigen. Jugendliche mit Teilinfantilismen ohne frühkindliche Hirnschädigung dürfen in ähnlichem Ausmaß zu hysterischen Mechanismen neigen (Fall 32).

In jeder der Gruppen konnten wir neben den gruppenspezifischen Zügen auch andere Merkmale aufzeigen, die sich wie ein roter Faden durch das ganze Untersuchungsgut verfolgen ließen. Hierzu rechnen wir deutliche Retardierungsmerkmale und Infantilismen der Psyche, verzögerten puberalen Instinktwechsel, der seinen Ausdruck findet in Unfähigkeit zur Verselbständigung, Ambivalenzen gegen die Eltern und gegenüber dem anderen Geschlecht, Mangel an Verantwortungsgefühl, Unzulänglichkeit bei der Erfüllung altersgemäßer Aufgaben, vielfacher Vorliebe für Pose und das Pathetische - um hier einiges zu nennen.

Trotz ihrer weiten Verbreitung sind diese Charakteristika für die frühkindliche Hirnschädigung in keiner Weise kennzeichnend. Man findet sie auch ohne Auffälligkeiten im Encephalogramm, also bei hirngesunden Jugendlichen (Fall 10, 23, 32). Ob sie sich auf späteren Altersstufen durch Reife der Psyche ausgleichen oder als abnorme Varianten seelischen Seins persistieren werden, bleibt in jedem Falle abzuwarten.

Auffälligkeiten in der Motorik, wie auch Abnormitäten in der Haltung konnten wir nicht in allen Fällen des frühkindlichen Hirnschadens feststellen. Während in Gruppe I fast alle in dieser Richtung auffällig sind, zusätzlich in Gruppe II zwei weitere Kinder, sind die encephaloperotischen Kinder und Jugendlichen der Gruppe III mit ähnlichen und oft massiveren encephalographischen Befunden motorisch geschickt oder unauffällig. Somit machten wir eine andere Beobachtung als GÖLLNITZ: die motorische Unzulänglichkeit scheint nicht unzertrennlich an einen frühkindlichen Hirnschaden gekoppelt zu sein. Vielmehr erscheint sie uns enger mit der seelischen Struktur verbunden: dort, wo dysphorische Grundstimmung vorherrscht, wo Neigung zum Bedrücktsein besteht, wo Selbstunsicherheit und Antriebsarmut in der Persönlichkeit verankert sind, dort finden sich fast stets motorische Ungeschicklichkeit und gehemmte Haltung. So hat Rudolf H. (Fall 23), mit ähnlichen Charakterabnormitäten wie die Jugendlichen der I. Gruppe, wie diese eine ungeschickte Motorik und ungeschickte Haltung, ohne daß ein pathologisches Encephalogramm vorliegt. Ähnlich den Dysphorikern der I. Gruppe wiederholt sich die Verbindung des Bedrücktseins, der Antriebsarmut mit Unzulänglichkeiten von Motorik und Haltung bei entsprechenden seelischen Strukturen der Gruppe IV.

Diese oben geschilderten von uns beobachteten Entsprechungen - seelisches Gefüge - motorische Abwegigkeiten - wollen wir an dieser Stelle nochmals unterstreichen, obschon ein direkter Vergleich mit den von GÖLLNITZ herausgearbeiteten Ergebnissen hinken könnte: unsere Kasuistik umfaßt ältere Individuen als die des vorgenannten Autors, und so könnte man zumindest einen teilweisen Ausgleich des motorischen Defekts mit zunehmendem Alter annehmen.

Bezüglich der encephalographischen Abweichungen von der Norm machten wir folgende Beobachtungen: zunächst schien in der Gruppe I eine gewisse Gemeinschaft der einzelnen encephalographischen Befunde untereinander zu bestehen, insofern als die Veränderungen in der Hauptsache einen oder beide Seitenventrikel betrafen, und zwar vorwiegend das Vorderhorn. Diese weitgehende Ähnlichkeit der Encephalogramme untereinander war umso auffälliger, als auch auf der psychischen Seite eine eindrucksvolle Kongruenz verzeichnet werden konnte.

Analoge encephalographische Befunde, wie oben kurz skizziert, ließen sich auch in die Gruppe II hinein verfolgen. Seitens der Psyche bietet auch diese Gruppe ein in sich einheitliches Bild. Während aber die encephalographischen Befunde ähnlich aussehen, verhalten sich die psychischen Abnormitäten der Gruppe II konträr zu denen der Gruppe I, obschon die wesentlichste psychische Störung in beiden Gruppen den Antrieb betrifft.

Gruppe II weist encephalographisch eine viel häufigere Beteiligung des 3. Ventrikels und der Basalzisternen auf. Da seitens der Psyche hier im allgemeinen eine Störung und Verbiegung der Triebe augenfällig ist, wurde anfänglich eine Entsprechung zwischen den beiden Betrachtungsweisen vermutet. Bei genauer Analyse konnte jedoch gezeigt werden, daß Grad und Art der Triebstörung mit dem jeweiligen Grad der Verformung am 3. Ventrikel bzw. der Weite der Basalzisternen nicht in Proportion stehen (s. Besprechung Gruppe III).

Die encephalographischen Befunde der Gruppe IV zeigen in ihrer Gesamtheit ein buntes Bild und lassen irgendeine Regelmäßigkeit in ihrer Beziehung zu den psychischen Abnormitäten nicht erkennen.

Somit, fortschreitend in unserer Aufgabe der zweidimensionalen Betrachtungsweise - psychische Abnormitäten - encephalographische Auffälligkeiten -, mußten wir zunehmend zu der Schlußfolgerung kommen, daß eine qualitative oder quantitative Korrelation zwischen den beiden nicht besteht. Weder sind bestimmte Charakterabnormitäten der frühkindlich Hirngeschädigten mit bestimmten encephalographischen Auffälligkeiten fest verknüpft, noch besteht eine Parallelität zwischen ihnen im Grad der Ausprägung (etwa im Sinne: je massiver die encephalographischen Auffälligkeiten, desto auffälliger die Charakterabnormitäten).

Es wäre aber dennoch verkehrt, wollte man die umrissenen Charakteropathien als gänzlich unverbindlich für die Diagnose eines frühkindlichen Hirnschadens ansehen. Man sollte nie versäumen, bei Jugendlichen und Kindern mit ähnlichen Verhaltensweisen wie den geschilderten, neben anderem auch an die Möglichkeit eines frühkindlichen Hirnschadens zu denken und dementsprechend, neben den üblichen diagnostischen Maßnahmen, eine pneumocephalographische Untersuchung anzustreben. Reiche klinische Erfahrung schärft den Blick für ähnliche Fälle, sodaß die rein intuitiv aus dem klinischen Aspekt gestellte Diagnose "früh-

kindlicher Hirnschaden" in verhältnismäßig hohem Prozentsatz durch den pneumencephalographischen Befund bestätigt werden kann.

In psychopathologischer Sicht handelt es sich letzten Endes immer um eine abnorme Variante des seelischen Seins im Sinne K. SCHNEIDERS. Da aber der somatische Befund - nämlich der frühkindliche Hirnschaden - mit berücksichtigt werden muß, so spricht man in ähnlichen Fällen am besten von einer Pseudopsychopathie.

Daß andererseits ein pathologisches Encephalogramm, d. h., eine deutliche Verformung oder Erweiterung des Ventrikelsystems, nicht in jedem Falle mit Charakteropathien einherzugehen braucht, soll an Hand der letzten beiden Fälle (Fall 33 und 34) illustriert werden *). Psychisch lassen diese Jugendlichen keine der so häufig herausgestrichenen Charakteristika erkennen. Beide sind von ausgeglichener Grundstimmung, ruhig und freundlich im Verhalten, beide weisen eine völlig störungsfreie soziale Eingliederung auf, beide zeigen eine adäquate Zuwendungen altersgemäßen Aufgaben gegenüber. Auch subtilere Beobachtungen lassen keine der in unserer übrigen Kasuistik so häufigen Züge erkennen. Dagegen finden wir encephalographisch im Fall 3 (Paul P.):

Durchgehend eindeutig symmetrisch verplumpte Seitenventrikel, abgerundete Spitzen der Schmetterlingsflügel, eindeutige Erweiterung des 3. Ventrikels mit größtem Durchmesser von 10 mm.

Im Fall 34 (Richard R.):

Leichte Verplumpung beider Seitenventrikel (besonders im Verhältnis zum Alter), plumpe Birnenform des 3. Ventrikels und seine eindeutige Erweiterung mit größtem Durchmesser von 9 - 10 mm.

Es sind hier also deutliche encephalographische Veränderungen mit vollkommener psychischen Unauffälligkeit gepaart. Dies ist umso eindrucksvoller, als encephalographisch die pathologischen Abweichungen von der Norm viel ausgeprägter sind als in der Mehrzahl unserer übrigen Befunde. Sie lassen sich vergleichen mit den Fällen 14 und 21 (Tabelle Gruppe III, Seite 91), wo ebenfalls Verplumpung des einen Seitenventrikels mit Erweiterung des 3. Ventrikels verbunden ist.

So ähnlich die encephalographischen Befunde sind, so verschieden sind die psychischen Bilder untereinander: Während wir in den Fällen 33 und 34 (Paul P. und Richard R.) t r o t z der bestehenden Epilepsie psychisch keinerlei Abweichungen von der Durchschnittsnorm beobachten konnten, handelt es sich im Fall 14 um einen unbesorgten habituellen Wegläufer. Im Fall 21 haben wir einen seelisch retardierten, infantilen Jugendlichen mit Triebunsicherheit und Triebverbiegung mit daraus resultierenden pseudofetischistischen Handlungen vor uns.

Wir glauben, daß die beiden letzten Kontrastfälle unsere Ergebnisse aus der Analyse der Kasuistik am besten verdeutlichen. Die Anfallsanamnesen beider Patienten sind sehr kurz, so daß noch keinerlei epileptische Wesensveränderungen zu verzeichnen waren und eine Beeinträchtigung der psychischen Bilder ausgeschlossen werden konnte. Deshalb erschienen uns beide Fälle zur Gegenüberstellung geeignet.

Damit sehen wir unser Thema erschöpft und möchten nur der Vollständigkeit halber auf die augenfällige Häufung somatischer Auffälligkeiten in unserer Kasuistik hinweisen. Wir begnügen uns mit einer kurzen Zusammenfassung des somatischen Pathologischen mit dem entsprechend psychisch Abwegigen, ohne auf die gebotenen somatischen Abnormitäten ontogenetisch einzugehen, da analytische Betrachtungen in dieser Richtung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würden. In diesem Zusammenhang kann auf ähnliche Beobachtungen durch SCHIFFER (1948) und W. KRETSCHMER **) hingewiesen werden.

*) Fälle im "Anhang" beschrieben

**) Dieser Autor fand bei weiblichen Neurosen in einem auffallend hohen Prozentsatz genitale Hypoplasien, maskuline und intersexe Stigmen.

Tabelle 5: Somatische Auffälligkeiten am Krankengut.

Fall	Somatisch	Schädel	Psychisch	Encephalogramm
2	Verkümmerter Hoden li; Hyperhidrosis Dermographismus	-	Dysphorisch, antriebsarm, kontaktschwach, schüchtern, retardiert	pathologisch Tabelle 1
3	Unvollkommener Verschuß des 1. Sacralwirbelbogens	-	Kontaktschwach, antriebsarm, bedrückt, affektlabil, retardiert	pathologisch Tabelle 1
4	Vegetative Labilität	-	Bedrückt, antriebsarm zu Kurzschlußhandlungen neigend, kontaktschwach, retardiert	pathologisch Tabelle 1
5	Gesichtsasymmetrie, angedeutete Syndactylie, Diabetes mellitus	Steile vordere Schädelgrube, Abfallen der Felsenbeine	Dysphorisch, zeitweise autistisch, zu hysteriformen Mechanismen neigend; erheblich retardiert	pathologisch Tabelle 1
6	Gesichtsasymmetrie Lid- und Fingertremor, Kollapsneigung	Flache Basisknickung, kurze mittlere Schädelgrube; Dorsum überragt die stark abfallenden Clinoidfortsätze	Mißmutig, antriebsarm, zu Primitivreaktionen neigend; haltlos; retardiert, kritik- und urteilsschwach	pathologisch Tabelle 1
7	Thoraxasymmetrie, Hohlfüße	Schädel nach hinten ausladend; Felsenbein steht li höher als re; Keilbeinflügel steigt li steiler an als re.	Periodisch extrem dysphorisch; im Rausch zu hysteriformen Mechanismen neigend; primitiv strukturiert, verleitbar; retardiert	pathologisch Tabelle 1
8	Vegetative Labilität; latenter Hypertelorismus		Dysphorisch, antriebsarm, affektlabil, emotional wenig schwingungsfähig, haltlos, verleitbar	pathologisch Tabelle 1
9	-	Schädel lang gestreckt, Balkonstirn, Ausladen der Kalotte in Schlafenregion, flache Basisknickung	Bedrückt, verschlossen, verträumt, zuweilen vorlaut	pathologisch Tabelle 1
11	geringe Unterlänge	-	Verspielt, fahrig, weinerlich; umtriebig. Retardiert	pathologisch Tabelle 2
12	Vermehrter Durst	Leichte Schädelskoliose	Umtriebig. Schwere Konzentrationsstörungen	pathologisch Tabelle 2
13	Dysharmonische Entwicklung	-	Umtriebig; hemmungslos; gegen Kleinere rücksichtslos	pathologisch Tabelle 2
14	Hyperopie, Astigmatismus	Temporo-occipital Impressiones digitatae. Kleine vordere Schädelgrube	Habituelles Wegläufer	pathologisch Tabelle 5

Fall	Somatisch	Schädel	Psychisch	Encephalogramm
15	-	Flache Basisknickung	Habituelier Wegläufer. Gemütsmäßig weich; verleitbar, jedem Einfluß zugänglich	pathologisch Tabelle 3
16	Adipositas mit 20 kg Übergewicht; Überlänge 7 cm. Neigung zu Hypertonie	-	Ängstlich, infantil, retardiert; beim Arbeiten auffallend rasches Nachlassen der Spannkraft	pathologisch Tabelle 3
18	Kysphoskoliose der BWS	Kalotte re kleiner als li Felsenbein steht re höher. Bulla orbitae re weiter als li. Hängende Sella	Geltungsbedürftig, eitel, gemütsarm; emotional wenig schwingungs-fähig	pathologisch Tabelle 3
20	Accelerierte somatische Sexualreifung. Rel. große Labia minora. Maligne Myopie	Latenter Hypertelorismus brachycephale Kopfform	Aggressiv, geltungsbedürftig. Emotional wenig modulationsfähig. Sexuell enthemmt	pathologisch Tabelle 3
21	Kryptorchismus (Testopexie); Myopie rechts; schräger Eintritt des Sehnerven	Starke Pneumatisation der Schädelbasis	Emotional und affektiv retardiert, infantil, selbstunsicher. Pseudo-fetischistische Triebhandlungen	pathologisch Tabelle 3
27	Dysplastischer Habitus; Hochwuchs und Adipositas	Kleine dünnwandige Kalotte	Dysphorisch, antriebsarm, kontaktschwach; Neigung zu hysteriformen Mechanismen und psychogenen Körperstörungen	pathologisch Tabelle 4
28	Gesichtsasymmetrie Hypotonie	Frontale Hyperostose, Rucksackella, Sella lumen zu klein; Keilbeinhöhle ausfallend groß; tiefe, ausgeprägte Stirnhöhlen, re mehr als li; großer, breiter Siebbeinzellbereich	Brüske Stimmungsschwankungen. Retardiert, infantil; Neigung zu Pseudologismen und massiven hysterischen Mechanismen. Kontaktschwäche	pathologisch Tabelle 4
29	Hyperhidrosis, Neigung zu Hypotonie	-	Affektiv gehemmt, selbstunsicher initialerlos; psychasthenische Stellung zu Körperbeschwerden, Neigung zu hysteriformen Mechanismen	pathologisch Tabelle 4
30	Unvollkommener Verschuß des 1. Sacral des 1. Sacralwirbelbogens	-	Stimmung düster, gedrückt, matte Affektivität; selbstunsicher; Neigung zu hysteriformen Mechanismen	pathologisch Tabelle 4
31	Dysplastischer Habitus, Hyperhidrosis, Dermographismus, Hyperopie	-	Dysphorisch, kontaktschwach, autistisch mit hypochondricher Färbung. Kindlich-pathetischer Ton. Hysteriforme Mechanismen	pathologisch Tabelle 4

Fall	Somatisch	Schädel	Psychisch	Encephalogramm
32	Dysplastisch-pyknischer Habitus (kindliche Gesichtszüge - accelerierte Körperentwicklung)	-	Infantil, antriebsarm, geltungsbedürftig. Unehnte Lebenshaltung. Neigung zu hysteriformen Mechanismen	Normal
34	Feinschlägiger Fingertremor, Dermographismus, Hyperhidrosis. Gesichtsymmetrie	Kalotte asymmetrisch, re kleiner als li; Ausladung re Schläfe stärker als li	unauffällig	pathologisch (S. Anhang)

A N H A N G

Fall 33: Paul P., 15 Jahre 3 Monate alt.

Familienanamnese: In der Familie keine Geistes- und Nervenkrankheiten bekannt. Eltern leben und sind gesund. Eine 13-jährige Schwester gesund und unauffällig.

Entwicklung: Geburt normal. Mit einem Jahr Sprechen und Laufen gelernt, gleichzeitig sauber geworden.

Einschulung mit 6 Jahre. Acht Jahre Volksschule, gute schulische Leistungen. Paul will Buchhalter werden.

Der Junge bereitete noch nie Erziehungsschwierigkeiten, hat guten Kontakt zu seinen Schulkameraden und zu seiner Schwester.

Mit 14 Jahren traten die ersten epileptischen Anfälle auf. Dauer eines Anfalls 1 - 2 Minuten, tiefe Bewußtlosigkeit während des Anfalls, Terminalschlaf. Später traten auch generalisierte tonisch-klonische Krämpfe auf. Häufigkeit: einmal monatlich.

Psychisch: ausgeglichen, ruhig und freundlich im Verhalten, von guter Kontaktbereitschaft. Adäquate Zuwendung gegenüber ihm gestellten Aufgaben, zielstrebig in Fragen des Berufs. Intelligenz durchschnittlich.

Encephalogramm: Beide Seitenventrikel durchgehend symmetrisch verplümpert. Spitzen der Schmetterlingsfigur sind abgerundet. 3. Ventrikel eindeutig erweitert: größter Durchmesser 10 mm. Aquaeduct und 4. Ventrikel nicht mit Sicherheit zu differenzieren. Basalzisternen und Oberflächenzeichnung unauffällig.

Fall 34: Richard R., 20 Jahre alt.

Familienanamnese: In der Familie keine Geisteskrankheiten bekannt. Vater verunglückt. Mutter verheiratete sich wieder. Drei Halbbrüder gesund und unauffällig.

Entwicklung: Geburt und frühkindliche Entwicklung normal. Richard bereitete nie Erziehungsschwierigkeiten; er vertrug sich stets gut mit seinen Halbgeschwistern, später auch mit Arbeitskameraden. Besuch der Volksschule mit guten Leistungen. Anschließend Feinblechernerlehre und Gesellenprüfung ohne Schwierigkeiten.

Auf der Arbeitsstelle hatte Richard einen kurzdauernden Anfall von tiefer Bewußtlosigkeit. Er beachtete dies in keiner Weise, gab dies auch nicht bei der Aufnahmeuntersuchung zur Bundeswehr an. Bei der Bundeswehr ereignete sich ein Anfall mit Streckkrampf, tiefer Bewußtlosigkeit, Cyanose, Schaum vor dem Mund und Terminalschlaf.

Psychisch: Ausgeglichene Stimmung, höfliches, nettes Benehmen, gute Kontaktbereitschaft, adäquater Antrieb. Gute Zuwendung im Beruf und altersgemäße Zielstrebigkeit.

Motorik: nicht ungeschickt.

Somatisch: Athletischer Habitus.

Gesichtsasymmetrie. Zeichen vegetativer Labilität; Feinschlägiger Fingertremor, roter Dermographismus, Hyperhidrosis.

Neurologisch: Gesichtsasymmetrie. Rechte Nasolabialfalte etwas verstrichen. RPR rechts stärker als links. Angedeutete Rossolimo beiderseits.

Schädel: Leicht asymmetrische Kalotte. Die rechte Hälfte wirkt kleiner als die linke und läßt schläfenwärts stärker aus.

Encephalogramm: Linker Seitenventrikel enthält mehr Luft als der rechte. Beide Seitenventrikel sind für das Alter leicht verplümpert.

Dritter Ventrikel zeigt plumpe Birnenform mit eindeutiger Erweiterung; größter Durchmesser 9 - 10 mm. - Aquaeduct und 4. Ventrikel unauffällig. Die Subarachnoidalfüllung über den Hemisphären fehlt praktisch. Derartige Befunde sieht man nach Encephalitis. Die Schädelasymmetrie weist auf eine sehr frühe Schädigung hin.

L I T E R A T U R N A C H W E I S

1. Feuchtwanger, E.: Die Funktionen des Stirnhirns, ihre Pathologie und Physiologie. Monographie. Berlin 1923
2. Göllnitz, G. : Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig 1954
3. Gurewitsch, M. : Über die Formen der motorischen Unzulänglichkeit. Zschr. Neurol. 98, 510 (1925)
4. Gurewitsch, M. : Motorik, Körperbau und Charakter. Arch. Psychiatr. 76 521 (1926)
5. Gurewitsch, M. : Zur Methodik der Untersuchung der motorischen Funktionen. Mschr. Psychiatr. 59, 59, 78 (1925)
- N.J.Oseretzky :
6. Hess, W.R. : Das Zwischenhirn. Syndrome, Lokalisationen, Funktionen. 2. Aufl. Basel 1954
7. Hess, W.R. : Thalamus und Hypothalamus. Stuttgart 1956
8. Homburger, A. : Zur Gestaltung der normalen menschlichen Motorik und ihrer Beurteilung. Zschr. Neurol. 85, 274 (1923)
9. Homburger, A. : Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926.
10. Kraepelin, E. : zit. nach Kranz
11. Kranz, H. : Die Entwicklung des Hysterie-Begriffs. Fortschr. Neurol. 21, 223 (1953)
12. Kretschmer, E. : Hysterie, Reflex und Instinkt. 5. Aufl. Stuttgart 1948.
13. Kretschmer, E. : Psychotherapeutische Studien, Stuttgart 1949
14. Kretschmer, E. : Körperbau und Charakter. 21/22. Aufl. Berlin Göttingen, Heidelberg 1955
15. Kretschmer, E. : Medizinische Psychologie. 11. Aufl. Stuttgart 1956
16. Kretschmer, W. : Die Neurose als Reifungsproblem. Konstitutionelle Grundlagen der Neurosenentwicklung Stuttgart 1952.
17. Leferenz, H. : Die Kriminalität der Kinder. Tübingen 1957
18. Oseretzky, N.J. : Eine metrische Stufenleiter zur Untersuchung der motorischen Begabung bei Kindern. Zschr. Kinderforsch. 30, 300 (1925)
19. Ossipowa, E.A. : Körperbau, Motorik und Charakter der Oligophrenen. I. Mitteilung: Untersuchungsobjekt Knaben. Zschr. Neurol. 114, 1 (1928)
20. Schiffer, K.H. : Die Formveränderungen des 3. Ventrikels in ihrer konstitutionsbiologischen Bedeutung. Zschr. menschl. Vererb.-Konstit.lehre 29, 174 (1948)
21. Schiffer, K.H. : Konstitutionsbiologische Korreslationen von Schädelbasis- und Encephalogrammbefunden. Zschr.menschl. Vererb.-Konst.lehre 32, 345 (1954)
22. Schiffer, K.H. : Zur Ableitung von Entwicklungsvorgängen aus dem Röntgenbild des Schädels. Acta radiol. 46, 123 (1956)
23. Schiffer, K.H. : Zur Frage der korrelativen Entwicklungsstörungen im Bereich des Mittelgesichts. Zschr.menschl.Vererb.- und
 W. Korn, : Konstit.lehre 33, 306 (1956)
24. Schneider, K. : Klinische Psychopathologie. 4. Aufl. Stuttgart 1954
25. Ssucharewa, G.E.: Körperbau, Motorik und Charakter der Oligophrenen. II. Mitteilung: Untersuchungsobjekt Mädchen. Zschr. Neurol. 114, 22 (1928)
26. Stern E. : Über Verhaltens- und Charakterstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Zürich 1953
27. Stutte, H. : Organische Ursache kindlicher Erziehungsschwierigkeiten. Mschr. Kinderhk. 106, 498 (1958)
28. Tinbergen, N. : Instinktlehre. Vergleichende Forschung angeborenen Verhaltens. 2. Aufl. Berlin 1956.

L e b e n s l a u f

Am 7. Juni 1922 wurde ich, Elena Roeder, als Tochter des Facharztes für Innere Medizin Wassilij Pasun und seiner Ehefrau Maria, geborene Sytschewa, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, in Konstantinopel geboren. Aufgewachsen in Jugoslawien, absolvierte ich das Russisch-Serbische Gymnasium in Belgrad, wo ich 1940 die Reifeprüfung ablegte.

1946 kam ich nach Deutschland, wo ich zunächst als Sekretärin arbeitete. Im WS 1951/52 und SS studierte ich Biologie und Chemie an der Technischen Hochschule Stuttgart. Zum WS 1952/53 kam ich nach Mainz, wo ich mich in die Medizinische Fakultät einschreiben ließ.

Im Herbst 1953 absolvierte ich das Vorphysikum, im Jahr darauf das Physikum. Am 24. Februar 1958 bestand ich die ärztliche Prüfung an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Vom Mai 1958 bis März 1959 war ich als Medizinalassistentin an der Universitäts-Nervenklinik tätig. Seit April 1959 bin ich Medizinalassistentin an der Medizinischen Klinik der Johannes Gutenberg Universität Mainz.

